CONTESTACIÓN REFORMA DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA|DEMANDANTE OLGA PATRICIA FRANCO Y OTROS|DEMANDADO CLÍNICA FARALLONES S.A. Y OTRO|RAD. 76001310301020190027900|MCMD.

GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>

Vie 04/12/2020 15:43

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j10cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: luifercat@hotmail.com <luifercat@hotmail.com>; lfelipegg@gmail.com <lfelipegg@gmail.com>; Martha Liliana Tangarife Ceballos <correoinstitucionaleps@coomeva.com.co>; juliethp_gonzalez <juliethp_gonzalez@coomeva.com.co>; Clínica Farallones S.A. <centronotificaciones@christus.co>; jhernandez <jhernandez@gha.com.co>; GHA María Camila Manrique Delgado <mmanrique@gha.com.co>

2 archivos adjuntos (1 MB)

CONTESTACIÓN REFORMA DEMANDA OLGA PATRICIA FRANCO Y OTROS VS. CLÍNICA FARALLONES S.A. Y OTRO.pdf; ANEXOS.pdf;

Señores
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

Referencia: Proceso de Responsabilidad Civil de Olga Patricia Franco y otros vs. Clínica Farallones S.A. y otro.
Radicación: 76001310301020190027900.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, en mi calidad de apoderado de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, de conformidad con lo preceptuado en el Decreto 806 de 2020, en el Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de junio de 2020 y demás normas concordantes, radico por este medio contestación de la reforma de la demanda instaurada por la señora Olga Patricia Hurtado y otros, y del llamamiento en garantía formulado por la demandada Clínica Farallones S.A., en representación de **ALLIANZ SEGUROS S.A.,** junto con los respectivos anexos.

Agradezco confirmar la recepción de los documentos.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
CC. No. 19.385.114 de Bogotá
T.P. 39.116 del C.S. de la J.

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021128764 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

29 de Agosto de 2012

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos Identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....11

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....11

Capítulo III - Siniestros.....18

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de carácter general.....21

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Póliza y duración:	Póliza nº: 021128764 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2012 hasta las 24:00 horas del 28/08/2013. Importes expresados en PESO COLOMBIANO. Renovable a partir del 28/08/2013 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AVE 4 NTE N CALLE 9 ESQ - CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delimamarsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00

Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	232,00
Grupo	B
Especialidad	Anestesiólogos, ginecólogos, ginecoobstetras
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Liquidación de Primas — Nº de recibo: 852739962

Período: de 29/08/2012 a 28/08/2013
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	75.000.000,00
IVA	12.000.000,00
IMPORTE TOTAL	**87.000.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Telefono/s: 6083170 0
Tambien a través de su e-mail: delimamarsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

ALLIANZ SEGUROS S.A.



Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.
   Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica es necesario el acuerdo expreso para incluir los siguientes equipos, considerados como riesgos especiales:

   - Equipos de radiografía con fines de diagnóstico
   - Equipos de rayos x
   - Equipos de tomografías por ordenador (scanner)
   - Equipos de radiación por isótopos
   - Equipos de generación de rayos láser
   - Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias,

siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la ley.

El acuerdo expreso contendrá:

- La descripción e identificación del equipo a que se refiere la cobertura.

3. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa, que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.
4. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa, que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.

   No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

5. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. LA COMPAÑÍA sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
6. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES
Esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.

- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.

- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.
- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).

- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) la República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Por tratamientos destinados a impedir o provocar un embarazo o la procreación, (como por ejemplo esterilización, fertilización in Vitro, aborto) al igual que los perjuicios financieros o económicos como consecuencia de la prestación de cualquiera de estos servicios, como por ejemplo el pago de gastos de manutención.
   No obstante lo anterior, quedan amparados los daños a consecuencia de un intervención necesaria y patológicamente indicada. . Para el caso específico del aborto quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño

personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.

7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas. En este último evento, en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
    a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
    b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.

- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en

que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.
Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.

3. **VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. **RECLAMACION:**

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. **SINIESTRO**

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el

agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que **"El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro,** significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que

el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

EI requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.
Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Compromisoria

La Compañía de una parte, y el asegurado de otra parte, convienen someter a un Tribunal de Arbitramento todas las diferencias que se susciten en relación con

el presente contrato de seguro. El Tribunal podrá integrarse con un solo Arbitro o por un número plural de tres (3), según la importancia del asunto. Los Árbitros serán nombrados de común acuerdo por las partes y, si ello no fuere posible, se aplicará lo dispuesto por el Decreto Ley 2279 de 1989. El Tribunal tendrá su sede en la ciudad de Cali su fallo será en derecho y se regirá por las disposiciones legales que regulan la materia y el término del proceso será de seis (6) meses.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales

médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

La responsabilidad civil extracontractual por los daños que se causen a los empleados del asegurado como consecuencia de un accidente de trabajo (R.C. Patronal). Este amparo apera en exceso de la seguridad social, excluye reclamaciones por enfermedad profesional, sublimite 5% del limite asegurado / por persona y 15% del limite asegurado / por año.

Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

*Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza
*Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización
*Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la causión.

*Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

Asistencia en foro Penal.
En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos.

Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura.

Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración.

Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

Contaminación accidental, súbita e imprevista.

Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

Ampliación para el Aviso de Siniestro: No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.
DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

01/03/2012-1301-P-06-RCCH100 V1

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

120830 1359 03101100222O100CO52 CE00067 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021416821 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

30 de Agosto de 2013

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

Capítulo III - Siniestros.....22

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de 27
carácter general

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Póliza y duración:	Póliza nº: 021416821 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2013 hasta las 24:00 horas del 28/08/2014. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2014 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00

Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	232,00
Grupo	B
Especialidad	Anestesiólogos, ginecólogos, ginecoobstetras
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

* Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

* La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

* La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el

Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

* La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

* Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

* Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

1. Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

2. Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

3. Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la causión.

4. Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto,

éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 859634877**

Período: de 29/08/2013 a 28/08/2014
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	74.000.000,00
IVA	11.840.000,00
IMPORTE TOTAL	**85.840.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

ALLIANZ SEGUROS S.A.



Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.
   Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica es necesario el acuerdo expreso para incluir los siguientes equipos, considerados como riesgos especiales:

   - Equipos de radiografía con fines de diagnóstico
   - Equipos de rayos x
   - Equipos de tomografías por ordenador (scanner)
   - Equipos de radiación por isótopos
   - Equipos de generación de rayos láser
   - Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias,

siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la ley.

El acuerdo expreso contendrá:

- La descripción e identificación del equipo a que se refiere la cobertura.

3. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa, que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.

   No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

4. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. LA COMPAÑÍA sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES
Esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.

- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.

- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.
- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza

de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) la República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Por tratamientos destinados a impedir o provocar un embarazo o la procreación, (como por ejemplo esterilización, fertilización in Vitro, aborto) al igual que los perjuicios financieros o económicos como consecuencia de la prestación de cualquiera de estos servicios, como por ejemplo el pago de gastos de manutención.
   No obstante lo anterior, quedan amparados los daños a consecuencia de un intervención necesaria y patológicamente indicada. . Para el caso específico del aborto quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se

encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.

9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas. En este último evento, en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
    a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
    b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar

los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.

- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.
La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:
1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado.
1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado,

y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:
1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:
1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los

documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.
4. **RECLAMACION:**

   En Modalidad CLAIMS MADE

   - Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. **SINIESTRO**

   En Modalidad CLAIMS MADE

   - Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros

ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que **"El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro,** significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha

prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.

b. El tribunal decidirá en derecho.

NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

01/03/2012-1301-P-06-RCCH100 V1

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA
Corredor de Seguros
NIT: 890301584
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

130831 0721 03101100222O100CO52 CE00067 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021610893 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

27 de Agosto de 2014

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

Capítulo III - Siniestros.....22

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de 27
carácter general

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Póliza y duración:	Póliza nº: 021610893 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2014 hasta las 24:00 horas del 28/08/2015. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2015 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	264,00
Grupo	B

Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.

(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

* Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

* La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

* La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por

escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

* La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

* Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

* Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

1. Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

2. Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

3. Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la causión.

4. Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 865701108**

Período: de 29/08/2014 a 28/08/2015
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	72.000.000,00
IVA	11.520.000,00
IMPORTE TOTAL	**83.520.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

ALLIANZ SEGUROS S.A.



Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	Allianz Seguros S.A.

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.
   Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica es necesario el acuerdo expreso para incluir los siguientes equipos, considerados como riesgos especiales:

   - Equipos de radiografía con fines de diagnóstico
   - Equipos de rayos x
   - Equipos de tomografías por ordenador (scanner)
   - Equipos de radiación por isótopos
   - Equipos de generación de rayos láser
   - Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la ley.

El acuerdo expreso contendrá:

- La descripción e identificación del equipo a que se refiere la cobertura.

3. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa, que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.

   No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

4. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. LA COMPAÑÍA sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

   - Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
   - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
   - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
   - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
   - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
   - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones

contractuales.

- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)

- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.
- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no

están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.

11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas. En este último evento, en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
    a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
    b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos,

quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.

La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado.

1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los

individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:

1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos

por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.
4. **RECLAMACION:**

   En Modalidad CLAIMS MADE

   - Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. **SINIESTRO**

   En Modalidad CLAIMS MADE

   - Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que **"El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro,** significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los

efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

EI requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.
Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.
La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.
Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

01/03/2012-1301-P-06-RCCH100 V1

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA
Corredor de Seguros
NIT: 890301584
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

28-08-2014 00:35:22 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021805762 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

26 de Agosto de 2015

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

Capítulo III - Siniestros.....23

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de carácter general 28

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 021805762 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2015 hasta las 24:00 horas del 28/08/2016. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2016 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	272,00
Grupo	B
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

* Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

* La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

* La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las

credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

* La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

* Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

* Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

1. Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

2. Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

3. Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la causión.

4. Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración.

Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	Allianz Seguros S.A.

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa
Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales
LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
    - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
    - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
    - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética,salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.
Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.
Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.

La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado.

1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de

carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:

1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos

por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.
Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.

2. **BENEFICIARIO:** Es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.

3. **VIGENCIA:** Es el período comprendido entre las fechas de iniciación y terminación del amparo que brinda la póliza, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo. La cobertura de la presente póliza se otorga para trayectos cuya duración no sea superior a cinco (5) días. Si el trayecto tiene estimados días adicionales, esta situación deberá comunicarse a la compañía con por lo menos dos (2) días de anterioridad al cumplimiento de los cinco (5) días iníciales previstos para el trayecto.

4. **RECLAMACIÓN:**
En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. **SINIESTRO:**
En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. **LIMITE ASEGURADO.**

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por

evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a

subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.

10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a

prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las

condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

20. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo

durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

23/07/2015-1301-P-06-RCCH100 V2

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA

NIT: 890301584
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

06-01-2016 01:00:26 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021968943 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

29 de Agosto de 2016

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

Capítulo III - Siniestros.....23

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de carácter general 28

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 021968943 / 0 Suplemento N°: 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2016 hasta las 24:00 horas del 28/08/2017. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2017 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	261,00
Grupo	B
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

1. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

2. La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

3. La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

4. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el

Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

5. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

6. La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

7. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

8. Culpa Grave: Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio.

9. Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

* Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

* Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

* Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la caución.

* Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración

por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

SUBJETIVIDADES:
La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 877606097**

Período: de 29/08/2016 a 28/08/2017
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	70.000.000,00
IVA	11.200.000,00
IMPORTE TOTAL	**81.200.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa
Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales
LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
    - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
    - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
    - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética,salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.
Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.
Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.

La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado.

1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de

carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:

1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos

por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.
Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:
En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:
En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la

indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los

efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

20. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

23/07/2015-1301-P-06-RCCH100 V2

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA

NIT: 890301584
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

30-08-2016 01:37:24 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022144553 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

30 de Agosto de 2017

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....13

Capítulo III - Siniestros.....22

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 022144553 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2017 hasta las 24:00 horas del 28/08/2018. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2018 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 8903015840 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	347,00
Grupo	B
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

1. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

2. La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

3. La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

4. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el

Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

5. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

6. La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

7. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

8. Culpa Grave: Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio.

9. Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

* Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

* Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

* Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la caución.

* Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración

por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

SUBJETIVIDADES:
presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 883067954**

Período: de 29/08/2017 a 28/08/2018
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	72.000.000,00
IVA	13.680.000,00
IMPORTE TOTAL	**85.680.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa
Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales
LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
    - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
    - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
    - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética,salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.
Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.
Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.

La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:
1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que

puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de

ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto

de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.

10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.

10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.

10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.

11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.

11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.

11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta

determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.
Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA

NIT: 8903015840
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

31-08-2017 01:01:11 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022320840 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

29 de Agosto de 2018

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES S.A.

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....13

Capítulo III - Siniestros.....22

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES S.A. NIT: 8002124227 CALLE 9 C NO. 50 - 25 . CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Asegurado:	CLINICA FARALLONES S.A. NIT: 8002124227 CALLE 9 C NO. 50 - 25 . CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 022320840 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2018 hasta las 24:00 horas del 28/08/2019. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2019 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 8903015840 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CALLE 9 C NO. 50 - 25 .

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	56,00
Grupo	B
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	135,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

1. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

2. La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

3. La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

4. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el

Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

5. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

6. La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

7. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

8. Culpa Grave: Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio.

9. Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

* Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

* Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

* Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la caución.

* Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración

por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:
El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

15% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL$10.000.000

DEMÁS EVENTOS:
10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

SUBJETIVIDADES:
presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A

Liquidación de Primas — Nº de recibo: 888790204

Período: de 29/08/2018 a 28/08/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	176.000.000,00
IVA	33.440.000,00
IMPORTE TOTAL	**209.440.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES S.A.	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa
Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales
LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines

diferentes al diagnóstico o a la terapia.

2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética,salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
    a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de

los fabricantes; y

b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.
Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.
Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus

actividades normales en relación con:

- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo
Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.
La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:
LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:
1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones
Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:
1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:
1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.

2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:
1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y

hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del Asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los

datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros

produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA

NIT: 8903015840
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

31-08-2018 01:06:21 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Señor
JUZGADO DÉCIMO (10) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (VALLE)
E. S. D.

REF: PROCESO VERBAL DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL// DEMANDANTE OLGA PATRICIA FRANCO GALVIS Y OTROS// DEMANDADO CLINICA FARALLONES // LLAMADO EN GARANTÍA ALLIANZ SEGUROS S.A.

RADICACIÓN: 760013103010**20190027900**

ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMÁN, mayor de edad, vecina de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 67.004.161 de Cali, obrando en esta acto en nombre de ALLIANZ SEGUROS S.A., sociedad legalmente constituida con domicilio principal en Bogotá y con sucursal en Cali, en mi calidad de Representante Legal de la aseguradora, como se acredita con el Certificado expedido por la Cámara de Comercio de Cali que se anexa, comedidamente manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional Nº 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre de dicha sociedad asuma la representación judicial de la compañía en el proceso de la referencia, se notifique del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, los conteste, proponga excepciones, solicite pruebas, interponga recursos y realice todas las actuaciones necesarias e inherentes a su calidad.

El apoderado queda facultado para notificarse, recibir, desistir, conciliar, transigir, sustituir, reasumir, objetar el juramento estimatorio de la cuantía de la demanda y en general, para realizar todas las acciones necesarias e indispensables para el éxito del mandato a su cargo, etc.

El Dr. GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA recibirá notificaciones en la dirección electrónica notificaciones@gha.com.co y podrá ser contactado al celular 3178543795

Cordialmente,

ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMÁN
C.C. Nº 67.004.161 de Cali

Acepto,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C. 19.395.114 de Bogotá
T.P. 39.116 del C.S.J.

Fecha expedición: 16/09/2020 06:11:06 pm

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE CERTIFICADO, EXISTE UNA PETICIÓN EN TRÁMITE, LA CUAL PUEDE AFECTAR EL CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN QUE CONSTA EN EL MISMO.

CERTIFICA

NOMBRE DE LA CASA PRINCIPAL : ALLIANZ SEGUROS S.A.
NIT NRO :860026182 - 5
DOMICILIO :Bogota Distrito Capital
NOMBRE DE LA SUCURSAL :ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1
DOMICILIO :Cali Valle
DIRECCION NOTIFICACION JUDICIAL :AV. 6 A N 23 - 13
CIUDAD :Cali
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: notificacionesjudiciales@allianz.co
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA NOTIFICACIÓN JUDICIAL:notificacionesjudiciales@allianz.co
MATRICULA NRO :178756 - 2

CERTIFICA

QUE EN LOS REGISTROS QUE SE LLEVAN EN ESTA CAMARA DE COMERCIO, FIGURAN INSCRITOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A NOMBRE DE: ALLIANZ SEGUROS S.A.

CERTIFICA

Por Escritura Pública No. 1959 del 03 de marzo de 1997 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 24 de julio de 1997 con el No. 1482 del Libro VI ,Se aprobo la fusión por absorción entre (absorbente) ASEGURADORA COLSEGUROS S A y (absorbida(s)) LA NACIONAL COMPANIA DE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. .

Por Escritura Pública No. 8774 del 01 de noviembre de 2001 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de junio de 2011 con el No. 1515 del Libro VI ,Se aprobo la fusión por absorción entre (absorbente) ASEGURADORA COLSEGUROS S A y (absorbida(s)) CYBERSEGUROS DE COLOMBIA S.A. .

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 676 del 16 de marzo de 2012 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 25 de abril de 2012 con el No. 954 del Libro VI ,cambio su nombre de ASEGURADORA COLSEGUROS S A . por el de ALLIANZ SEGUROS S.A. .

CERTIFICA

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E.P. 4204 del 01/09/1969 de Notaria Decima de Bogota	15962 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 5319 del 30/10/1971 de Notaria Decima de Bogota	15963 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 2930 del 25/07/1972 de Notaria Decima de Bogota	15964 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 2427 del 05/06/1973 de Notaria Decima de Bogota	15965 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 1273 del 23/05/1983 de Notaria Decima de Bogota	86893 de 13/08/1986 Libro IX
E.P. 2858 del 26/07/1978 de Notaria Decima de Bogota	1211 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 3511 del 26/10/1981 de Notaria Decima de Bogota	1212 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1856 del 08/07/1982 de Notaria Decima de Bogota	1214 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1491 del 16/06/1983 de Notaria Decima de Bogota	1215 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1322 del 10/03/1987 de Notaria Veintinueve de Bogota	1216 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 3089 del 28/07/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota	1217 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 4845 del 26/10/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota	1218 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 2186 del 11/10/1991 de Notaria Dieciseis de Bogota	1219 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1115 del 17/04/1995 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota	1222 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 5891 del 21/06/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota	1946 de 26/09/1996 Libro VI
E.P. 0285 del 18/01/2002 de Notaria Veintinueve de Bogota	1493 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 5562 del 14/05/2003 de Notaria Veintinueve de Bogota	1495 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 0997 del 07/02/2005 de Notaria Veintinueve de Bogota	1496 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1903 del 28/05/2008 de Notaria Treinta Y Uno de Bogota	1497 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 2736 del 08/04/2010 de Notaria Setenta Y Dos de Bogota	1498 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 2197 del 14/07/2010 de Notaria Veintitres de Bogota	1499 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 3950 del 16/12/2010 de Notaria Veintitres de Bogota	1500 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 3759 del 15/12/1982 de Notaria Decima de Bogota	1501 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 447 del 30/03/1994 de Notaria Cuarenta Y Siete de	1502 de 30/06/2011 Libro VI

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Bogota E.P. 9236 del 20/09/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota	1503 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 1572 del 21/02/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1504 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 2162 del 07/03/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1505 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 1366 del 11/06/1997 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota	1506 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 6941 del 16/07/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1507 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 12533 del 16/12/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1508 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 2432 del 24/09/1998 de Notaria Septima de Bogota	1509 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 3298 del 24/12/1998 de Notaria Septima de Bogota	1510 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 1203 del 15/06/1999 de Notaria Septima de Bogota	1511 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 1131 del 28/06/2000 de Notaria Septima de Bogota	1512 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 6315 del 24/08/2000 de Notaria Veintinueve de Bogota	1513 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 7672 del 02/10/2001 de Notaria Veintinueve de Bogota	1514 de 30/06/2011	Libro VI

CERTIFICA

OBJETO SOCIAL. EL OBJETO DE LA SOCIEDAD ES CELEBRAR Y EJECUTAR DIVERSAS MODALIDADES DE CONTRATOS DE SEGURO Y REASEGURO, ACEPTANDO O CEDIENDO RIESGOS QUE, DE ACUERDO CON LA LEY Y LA TÉCNICA ASEGURADORA, PUEDEN SER MATERIA DE ESTE CONTRATO.

EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, LA SOCIEDAD PODRÁ INVERTIR SU CAPITAL Y SUS RESERVAS DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES QUE REGULAN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, ARRENDAR, HIPOTECAR, PIGNORAR Y ENAJENAR EN CUALQUIER FORMA TODA CLASE DE BIENES MUEBLES, INMUEBLES O SEMOVIENTES; GIRAR ENDOSAR, ACEPTAR, DESCONTAR, ADQUIRIR, GARANTIZAR, PROTESTAR, DAR EN PRENDA O GARANTÍA Y RECIBIR EN PAGO TODA CLASE DE INSTRUMENTOS NEGOCIABLES O EFECTOS DE COMERCIO; DAR O RECIBIR DINERO EN PRÉSTAMO O SIN INTERESES; CELEBRAR CONTRATOS DE SOCIEDAD CON OTRAS PERSONAS QUE TENGAN OBJETOS ANÁLOGOS O CONEXOS Y QUE EN ALGUNA FORMA TIENDAN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO PRINCIPAL. PODRÁ TAMBIÉN GARANTIZAR POR MEDIO DE FIANZAS, PRENDAS, HIPOTECAS Y DEPÓSITOS, SUS OBLIGACIONES PROPIAS Y OBLIGACIONES DE TERCEROS, SI ELLO FUERE LEGALMENTE POSIBLE, Y, EN GENERAL, EJECUTAR TODOS AQUELLOS ACTOS Y CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO SOCIAL Y QUE SE ENCUENTREN AUTORIZADOS POR LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE REGLAMENTAN LA INVERSIÓN DEL CAPITAL Y LA RESERVA DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS.

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICA

Por Acta No. 691 del 27 de marzo de 2014, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de agosto de 2014 No. 1820 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE SUCURSAL	NURYA MACIQUE LLERENA	C.C.38568025
SUBGERENTE SUCURSAL	ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN	C.C.67004161

CERTIFICA

Por Escritura Pública No. 1461 del 09 de agosto de 2000 Notaria Septima de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de octubre de 2000 con el No. 247 del Libro V POR MEDIO DE LA CUAL COMPARECIO EL SENOR JOSE PABLO NAVAS PRIETO, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE BOGOTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 2.877.617 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. Y QUE EN TAL CARACTER CONFIERE PODER GENERAL A LA DOCTORA CLAUDIA ROMERO LENIS, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.873.416 EXPEDIDA EN BUGA, PARA QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD PODERDANTE EJERZA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE LOS JUZGADOS, TRIBUNALES SUPERIORES, DE ARBITRAMENTO VOLUNTARIO Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTE O COMO DEMANDADA, COMO COADYUVANTES U OPOSITORES. B. OTORGAR EN NOMBRE DE LA CITADA SOCIEDAD LOS PODERES ESPECIALES QUE SEAN DEL CASO. C. REPRESENTAR A LA MISMA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL. D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O INTERROGATORIOS DE PARTE, ASI COMO ABSOLVER ESTOS, CONFESAR Y COMPROMETER EN ELLOS A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA. E. OBJETAR LAS RECLAMACIONES QUE PRESENTEN LOS ASEGURADOS A LAS SOCIEDADES PODERDANTES. F. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION GENERAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, RECONSIDERACION Y APELACION, TANTO ORDINARIOS COMO EXTRAORDINARIOS. G. REPRESENTAR A LA CITADA SOCIEDAD EN LAS REUNIONES DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS GENERALES DE SOCIOS DE SOCIEDADES EN QUE AQUELLA SEA ACCIONISTA O SOCIA Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACION PARA TALES ASAMBLEAS O JUNTAS, CUANDO SEA EL CASO. H. EN GENERAL LA DOCTORA MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO CONSAGRADO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL MISMO ORDEN. IGUALMENTE QUEDA FACULTADA EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR Y DESIGNAR ARBITROS ASI COMO TAMBIEN PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 3231 del 14 de agosto de 2007 Notaria Treinta Y Uno de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de septiembre de 2007 con el No. 112 del Libro V , SE CONFIERE PODER GENERAL A WILLIAM BARRERA VALDERRAMA, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No.91.297.787 DE BUCARAMANGA, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) OBJETAR LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS A LA SOCIEDAD PODERDANTE POR ASEGURADORAS, BENEFICIARIOS Y EN GENERAL, CUALQUIER PERSONA, E IGUALMENTE PRONUNCIARSE SOBRE LAS SOLICITUDES DE RECONSIDERACIÓN DE OBJECIONES QUE SEAN PRESENTADAS A DICHA SOCIEDAD, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES. B) ASISTIR A AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES QUE COMPROMETAN A LA SOCIEDAD PODERDANTE, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES.

Por Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 2008 con el No. 132 del Libro V COMPARECIO CLAUDIA VICTORIA SALGADO RAMIREZ, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 39.690.201 DE USAQUEN Y MANIFESTO: QUE OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. QUE EN TAL CARÁCTER Y POR MEDIO DE ESTE INSTRUMETO CONFIERE PODER GENERAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS: ALBA INES GOMEZ VELEZ, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 30.724.774 EXPEDIDA EN PASTO Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADA No. 48.637 Y GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 19.395.114 EXPEDIDA EN BOGOTA Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO No. 39.116, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, JUZGADOS, FISCALIAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES DE CUALQUIER TIPO, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LLAMADAS EN GARANTIA, LITISCONSORTES, COADYUVANTES O TERCEROS INTERVINIENTES. B) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL. C) ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD ANTES MENCIONADA LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D) NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN LA SOLICITUD Y PRACTICA DE PRUEBAS ANTICIPADAS, ASI COMO EN DILIGENCIAS DE EXHIBICION DE DOCUMENTOS, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, COMPARECER A ASISTIR Y DECLARAR EN TODO TIPO DE DILIGENCIAS Y AUDIENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PROCESALES O EXTRAPROCESALES, RECIBIR NOTIFICACIONES O CITACIONES ORDENADAS POR JUZGADOS O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTIR Y REPRESENTAR A LAS COMPAÑIAS EN TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, RENUNCIAR A TERMINOS, CONFESAR Y COMPROMETER A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA, QUEDANDO ENTENDIDO QUE LAS NOTIFICACIONES, CITACIONES Y COMPARECENCIAS PERSONALES DE REPRESENTANTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES QUEDARAN VALIDA Y LEGALMENTE HECHAS A TRAVES DE LOS APODERADOS GENERAL AQUÍ DESIGNADOS Y E) EN GENERAL, LOS ABOGADOS

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

MENCIONADOS QUEDAN AMPLIAMENTE FACULTADOS PARA ACTUAR CONJUNTA O SEPARADAMENTE, ASI COMO PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO ESTABLECIDO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES. IGUALMENTE QUEDAN FACULTADOS EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, RECIBIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR, ASI COMO PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 2426 del 09 de julio de 2009 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de julio de 2009 con el No. 121 del Libro V , MEDIANTE EL CUAL SE OTORGA PODER GENERAL A MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS, IDENTIFICADA CON LA C.C. NRO. 38.873.416 DE BUGA CON TARJETA PROFESIONAL NRO. 83061 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA;PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES MENCIONADAS EJECUTE EN EL VALLE DEL CAUCA Y EL CAUCA LOS SIGUIENTES ACTOS:
A. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS REFERIDAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, FISCALIAS DE TODO NIVEL, JUZGADOS Y TRIBUNALES DE TODO TIPO, INCLUIDOS TRIBUNALES DE ARBITRAMENTO DE CUALQUIER CLASE, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LITISCONSORTES, COADYUVANTE U OPOSITORES. B. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS SOCIEDADES PODERDANTES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL. C. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS LOS RECURSOS ORDINARIOS TALES COMO REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS RECURSOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D. REALIZAR LAS GESTIONES SIGUIENTES, CON AMPLIAS FACULTADES DE REPRESENTACION: NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O EMANADAS DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, O DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES, DESCORRER TRASLADOS, INTERPONER Y SUSTENTAR RECURSOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS, RENUNCIAR A TERMINOS, ASISTIR A TODA CLAE DE AUDIENCIAS Y DILIGENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES CON VIRTUALIDAD PARA COMPROMETER A LA SOCIEDADES PODERDANTES DE QUE SE TRATE, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDADES QUE REPRESENTE. E. RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 3024 del 04 de diciembre de 2014 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de julio de 2015 con el No. 238 del Libro V , COMPARECIÓ ALBA LUCIA GALLEGO NIETO, IDENTIFICADA CON C.C.30278007 DE MANIZALES, MANIFESTÓ: QUE ACTÚA EN SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. QUE POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., (LAS "SOCIEDADES"), EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 263 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CONFIEREN PODER A LOS GERENTES Y SUBGERENTES DE LAS SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES, PARA EJECUTAR, EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, EN EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL SE ENCUENTRE UBICADA LA RESPECTIVA SUCURSAL LOS SIGUIENTES ACTOS:

1. EJECUTAR Y HACER EJECUTAR LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y LAS DECISIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.
2. CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, QUE SEAN PROPIOS DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS DE LAS SOCIEDADES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA.
3. PARTICIPAR EN LICITACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, PRESENTANDO OFERTAS, DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO, Y SUSCRIBIENDO LOS CONTRATOS QUE DE ELLAS SE DERIVEN CUALQUIERA SEA SU CUANTÍA.
4. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE LOS RAMOS AUTORIZADOS A CADA UNA DE LAS SOCIEDADES, INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A PÓLIZAS DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO, PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA, PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD, PÓLIZAS DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES, PÓLIZAS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD.
5. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE DISPOSICIONES LEGALES QUE OTORGUE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN EL RAMO DE CUMPLIMIENTO, CUYO ASEGURADO SEA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.
6. RECAUDAR PRIMAS DE SEGUROS Y RECAUDAR CUOTAS CORRESPONDIENTES A LOS CRÉDITOS QUE OTORGUEN LAS SOCIEDADES.
7. FIRMAR OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS A LAS SOCIEDADES SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE ÉSTAS.
8. CUIDAR QUE TODOS LOS VALORES PERTENECIENTES A LA SOCIEDAD Y LOS QUE ÉSTA TENGA EN CUSTODIA, SE MANTENGAN CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS.
9. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, INSPECCIONES DEL TRABAJO, JUZGADOS, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES SUPERIORES, CONTENCIOSO ADMINISTRATIVOS Y DE ARBITRAMENTO.
10. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.
11. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.
12. FIRMAR, FÍSICA, ELECTRÓNICAMENTE O POR CUALQUIER MEDIO QUE ESTABLEZCA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O LAS ADMINISTRACIONES DE ADUANAS E IMPUESTOS

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

TERRITORIALES, LAS DECLARACIONES DE CUALQUIER TIPO DE IMPUESTOS U OBLIGACIONES TRIBUTARIAS QUE ESTÉN A CARGO DE LAS SOCIEDADES.
13. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS DE SOCIOS DE LAS SOCIEDADES EN LAS CUALES LAS SOCIEDADES SEAN ACCIONISTAS O SOCIAS Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN PARA TALES REUNIONES, CUANDO SEA EL CASO.
14. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.
15. FIRMAR TRASPASOS DE VEHÍCULOS QUE SE EFECTÚEN A NOMBRE DE LAS SOCIEDADES Y ADELANTAR ANTE LAS ENTIDADES COMPETENTES TODAS LAS GESTIONES PERTINENTES AL TRÁMITE DE LOS MISMOS SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE LAS SOCIEDADES.
16. CUMPLIR LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.

CERTIFICA

Demanda de:ADELAISY VALENCIA MUÑOZ Y OTROS
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:ORDINARIO
Documento: Oficio No.496 del 29 de agosto de 2014
Origen: Juzgado 3 Civil Del Circuito Descongestion de Cali
Inscripción: 01 de octubre de 2014 No. 1966 del libro VIII

Demanda de:FERNEY MARIN MURILLO
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
Documento: Oficio No.3823 del 20 de octubre de 2015
Origen: Juzgado 14 Civil Del Circuito De Oralidad de Cali
Inscripción: 18 de noviembre de 2015 No. 2507 del libro VIII

Demanda de:NORVELLY SERNA LARGO C.C.31.479.958
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
Documento: Oficio No.936 del 15 de marzo de 2019
Origen: Juzgado Catorce Civil Del Circuito de Cali
Inscripción: 03 de abril de 2019 No. 913 del libro VIII

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Demanda de:SARA GARZON MUÑOZ; JUAN PABLO GARZON LIBREROS; ALINA MARIA MUÑOZ MOLANO; ANDRES FELIPE GARZON LIBREROS; LILIANA LIBREROS OCAMPO.
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL
Documento: Oficio No.1895 del 25 de junio de 2019
Origen: Juzgado Tercero Civil Del Circuito de Palmira
Inscripción: 28 de junio de 2019 No. 1774 del libro VIII

Demanda de:ZAMARA LORENA SALINAS, JULIAN ANDRES ALVAREZ SALINAS, JORGE ALEJANDRO ALVAREZ SALINAS
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL RESPONSABILIDAD EXTR.
Documento: Oficio No.260 del 12 de marzo de 2020
Origen: Juzgado Primero Civil Del Circuito De Oralidad de Cali
Inscripción: 28 de agosto de 2020 No. 783 del libro VIII

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 3.800 DEL 16 DE AGOSTO DE 1974, NOTARIA DECIMA DE BOGOTA, INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 13 DE AGOSTO DE 1986 BAJO LOS NROS. 27756 Y 1067 DE LOS LIBROS VI Y V, CONSTA QUE SE CONFIRMO LA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO DE UNA SUCURSAL DE LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE CALI.

CERTIFICA

SOCIEDAD

Nombre:	ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1
Matrícula No.:	178756-2
Fecha de matricula:	14 de agosto de 1986
Ultimo año renovado:	2020
Fecha de renovación de la matrícula mercantil:	13 de marzo de 2020
Categoría:	Sucursal Foranea
Dirección:	AV. 6 A N 23 - 13
Municipio:	Cali

Fecha expedición: 16/09/2020 06:11:06 pm

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICA

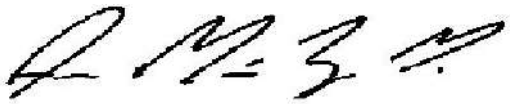
Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

Dado en Cali a los 16 días del mes de septiembre del año 2020 hora: 06:11:06 PM



Señores

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

Referencia: Proceso de Responsabilidad Civil de Olga Patricia Franco y otros vs. Clínica Farallones S.A. y otro.

Radicación: 76001310301020190027900.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, procedo de manera respetuosa, en primer lugar, a contestar la Reforma a la Demanda de Responsabilidad Civil promovida por la señora Olga Patricia Franco y otros, en contra de la Clínica Farallones S.A. y otro, y en segundo lugar, a contestar el Llamamiento en Garantía formulado por la última de los nombrados en contra de mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen en el presente escrito, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su despacho, de conformidad con lo que se consigna a continuación:

OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR

Mediante Auto Interlocutorio No. 360 de fecha 18 de noviembre de 2020, notificado electrónicamente el día 19 del mismo mes y año, el despacho resolvió admitir la reforma a la demanda presentada por la parte actora. Al respecto, se resalta que el artículo 93 el Código General del Proceso estableció:

> *Artículo 93. Corrección, aclaración y reforma de la demanda. El demandante podrá corregir, aclarar o reformar la demanda en cualquier momento, desde su presentación y hasta antes del señalamiento de la audiencia inicial.*
>
> *La reforma de la demanda procede por una sola vez, conforme a las siguientes reglas:* (…)
>
> *4. En caso de reforma posterior a la notificación del demandado, el auto que la admita se notificará por estado y en él se ordenará correr traslado al demandado o su apoderado por la mitad del término inicial,* ***que correrá pasados tres (3) días desde la notificación****. Si se incluyen nuevos demandados, a estos se les notificará personalmente y se les correrá traslado en la forma y por el término señalados para la demanda inicial*. (…). (Énfasis propio).

Así las cosas, y tal como indicó el despacho en la misma providencia, el respectivo término de traslado empezó a correr a partir del día 25 de noviembre de 2020 y durante los días 26,

27, 30 de noviembre de 2020, 01, 02, 03, 04, 07 y 09 de diciembre de 2020. En consecuencia, el presente escrito se radica dentro del término legal oportuno.

CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

- **PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO**

Es preciso rememorar que el artículo 278 del Código General del Proceso, a su tenor literal reza:

> *"(….) En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:*
> *1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
> *2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
> *3.* ***Cuando se encuentre probada*** *la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la* ***prescripción extintiva*** *y la carencia de legitimación en la causa.*

Es necesario, a su vez, recordar que el artículo 1081 del Código de Comercio, indica un régimen especial para la prescripción de tales acciones, y señala, asimismo, el cómputo de términos para el efecto. Su contenido literal es del siguiente tenor:

> ***Artículo 1081. Prescripción de acciones****. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> ***La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.***
>
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*
>
> *Estos términos no pueden ser modificados por las partes.* (Negritas por fuera del texto original).

Lo anterior resulta relevante al proceso, como quiera que tal como se pasa a exponer, existe una evidente prescripción en la acción que deriva del contrato de seguro en virtud del cual se vincula a mi representada al presente proceso.

En efecto, la normativa anterior señala los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, diferenciando entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria, y el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando

no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

En cuanto a la interpretación de las expresiones *"hecho que da base a la acción"* y *"momento en que nace el derecho"* la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro[1]:

> *En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> *La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).*
>
> *En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007[2]:*
>
> *...comportan 'una misma idea'[3], esto es, que* ***para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad 'El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea'****". En la misma providencia esta Sala concluyó que* ***el conocimiento real o presunto del siniestro era "el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario****", pues, como la Corte dijo en otra oportunidad[4], no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal "****se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que***

[1] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.
[2] Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.
[3] La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.
[4] Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

puede culminar con la extinción de la acción 'empezará a correr' y no antes, ni después".

Por su parte, el artículo 1131 del C. Co. preceptúa:

> *"Artículo 1131. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima**. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.**"* (Negritas propias).

La H. Corte Constitucional en Sentencia C-388 de 23 de abril de 2008, por medio de la cual declaró exequible el artículo 1131 del Código de Comercio, se pronunció en relación la prescripción del contrato de seguros en materia de responsabilidad civil en los siguientes términos: *"**Y, no siendo igual la posición jurídica del asegurado y de la víctima en el contrato de seguro de responsabilidad, explica por qué en la disposición contenida en el artículo 1131 del Código de Comercio, el legislador no hubiera estado obligado a darles un trato igual respecto del momento a partir del cual comienza a correr el término de prescripción. En efecto, la norma dispuso que, una vez ocurrido el siniestro, a partir de dicha fecha correrá la prescripción respecto de la víctima, y frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial, diferencia de trato que no es contraria a la Constitución.**"*

Descendiendo al caso concreto, tenemos que el término bienal empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020**.

Por lo anterior, solicito respetuosamente al despacho, que con fundamento en los argumentos expuestos, profiera **Sentencia anticipada parcial,** en el sentido de desvincular a Allianz Seguros S.A. de este pleito.

CAPÍTULO I
CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Pese a los argumentos arriba expuestos, de los cuales se desprende que no ha nacido y no podrá nacer obligación alguna a cargo de mi procurada, procedo a pronunciarme sobre los supuestos fácticos y jurídicos invocados por el extremo actor en su escrito demandatorio, así:

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.1. (CONFORME A LA NUMERACIÓN PROPUESTA POR LA PARTE ACTORA): frente a las manifestaciones de este hecho procedo a pronunciarme así:

- No le consta a mi representada de manera directa que la señora Clemencia Galvis de Franco tuviera cuatro hijos, cuatro nietos y una bisnieta, según reseña la parte demandante. No obstante, se resalta que dentro del expediente digital conocido por mi representada, obran copias de los registros civiles de nacimiento de los nombrados en este hecho, con los cuales se presumen las calidades invocadas por los demandantes.

- No le consta a mi representada de manera directa que la señora Clemencia Galvis de Franco hubiere estado afiliada a Coomeva E.P.S., no obstante, la historia clínica que obra en el expediente da cuenta que las atenciones médicas fueron a través de la citada EPS.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.2.: a mi representada no le constan de manera directa ninguna de las manifestaciones de este hecho, por cuanto no participó en las atenciones médicas suministradas a la señora Clemencia Galvis de Franco ni tuvo injerencia alguna en las dichas atenciones. En todo caso, se advierte que según los anexos del escrito demandatorio, la nombrada efectivamente fue atendida en Clínica Farallones S.A., sin embargo, las anotaciones de este hecho corresponden a transcripciones parcializadas e inexactas de la historia clínica, que en cualquier evento, no evidencian ningún acto cuestionable desplegado por la institución demandada.

En cualquier evento y dada la descontextualización que surge en razón a las extractos parciales e inexactos de la historia clínica, transcritos en este hecho, desde ya se manifiesta al despacho que como en líneas siguientes quedará acreditado, la señora Clemencia Galvis de Franco fue oportuna y diligentemente atendida en Clínica Farallones S.A., quien suministró los servicios médicos requeridos, ordenó las ayudas diagnósticas necesarias y además, prescribió el tratamiento científica y técnicamente aceptado para estos eventos.

Lo anterior, teniendo en cuenta además que (como en detalle se explicará) la entonces paciente padecía múltiples deficiencias y patologías que degeneraron su estado de salud, pese a los esfuerzos del cuerpo profesional encargado por procurar su mejoría.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.3.: pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, por cuanto no participó ni tuvo injerencia alguna en las atenciones médicas recibidas por la entonces paciente, se resalta que, conforme a la historia clínica que obra en el expediente, la señora Galvis de Franco efectivamente fue atendida en Clínica Farallones el día 12 de enero de 2014, sin embargo, las anotaciones realizadas por el apoderado judicial de la parte actora respecto a dicho documento, son parcializadas, inexactas y conducen a una apreciación descontextualizada de la condición real de la paciente.

Sea lo primero anotar que, según la historia clínica de la señora Clemencia Galvis, esta reportaba antecedentes de tabaquismo, demencia senil, anticoagulación por varios meses por postración y reemplazo total de cadera, quien además tuvo contacto por años con humo de leña. Para el mes de marzo de 2014 la paciente presentaba hipertensión arterial, evidenciándose además insuficiencia respiratoria. Desde ya se comenta que, como podrá corroborar el despacho con la citada historia clínica, la paciente cursaba diversas afecciones pulmonares.

En la historia clínica del día 12 de enero de 2014 se realizaron los siguientes registros:

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER , ARTROSIS, OSTEOPOROSIS , REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERAS BILATERAL , QUE INGRESA EN AMBULANCIA TRAIDA POR MEDICO DE EMI PORQUE HOY A LAS 12:00 DEL DIA PRESENTO MAREOS, BORRACHERAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA , ACOMPAÑADO DE PÁLPITACIONES , NO REFIERE DOLOR TORAXICO, NO DISNEA . HACE 3 DIAS ESTUVO EN CONSULTA MEDICA CON MEDICO TRATANTE Y LE AUSCULTARON ARRITMIA CARDIACA ASINTOMATICA . HOY LE TOMAN EKG QUE REPORTA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR LENTA , SIN EVIDENCIA DE SIGNOS ISQUEMICOS AGUDOS .

Ante esta condición, el cuerpo profesional encargado ordenó manejo con *AMIODARONA, ENOXAPARINA, WARFARINA.* Sobre el diagnóstico de Fibrilación Auricular de la señora Galvis de Franco y la prescripción de estos medicamentos, conviene reseñar, siquiera brevemente, lo documentado por la literatura médica al respecto:

> *La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más común. Puede presentarse en forma sintomática con palpitaciones, síntomas francos de insuficiencia cardíaca aguda o crónica o, puede cursar sin síntomas, "silente", cuando su diagnóstico se realiza como un hallazgo.* (…)
>
> *En términos generales, se caracteriza por unas contracciones auriculares caóticas que registradas en el electrocardiograma muestran la actividad auricular como unas ondas fibrilatorias irregulares. Esta actividad auricular, cuando se presenta en un corazón con un sistema de conducción atrioventricular normal, causa respuestas ventriculares irregulares y caóticas.* (…)
>
> *La FA tradicionalmente se asocia con la edad, sexo masculino, hipertensión, hipertiroidismo, alcohol y* ***enfermedades estructurales del corazón****; valvulopatías (especialmente mitral), cardiopatía isquémica, miocardiopatías, pericarditis y embolia pulmonar. En la actualidad se acepta un componente genético. Hay evidencias que los mecanismos íntimos que producen FA son distintos dependiendo de componentes genéticos (13) (Darbar).* ***La FA es entonces una expresión común a muchos mecanismos etiológicos distintos****…*[5] (Énfasis propio).

Sobre el tratamiento para esta patología se ha determinado que:

> *Conceptualmente el tratamiento de la FA debería de ir dirigido al control de estos tres aspectos, prevención del riesgo tromboembólico, mejoría de los síntomas y*

[5] Fibrilación auricular. Presente y futuro. Gaceta Médica de Caracas. Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622009000100003.

mejoría del pronóstico ya sea mejorando la disfunción ventricular o la morbimortalidad. (…)[6]

… los objetivos del tratamiento para la fibrilación auricular son:

- *Restablecer el ritmo o controlar la frecuencia.*
- *Impedir los coágulos sanguíneos, lo cual puede disminuir el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.*[7]

Sobre el suministro de AMIODARONA, particularmente, se ha comentado:

Las Guías 2006 de tratamiento de la FA de la Asociación Americana del Corazón, del Colegio Americano de Cardiología y de la Sociedad Europea de Cardiología, establecen a los fármacos antiarrítmicos como primer escalón terapéutico en todas las situaciones clínicas (sin cardiopatía, cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca). Las opciones farmacológicas mencionadas son: propafenona, flecainida, sotalol, dofetilide (no disponible en nuestro medio) y amiodarona. Todas, en mayor o menor grado, han demostrado cierta utilidad en el tratamiento de la FA. ***Es bien conocido que la amiodarona ha demostrado una mayor eficacia que las demás****…*[8] (El resaltado es propio).

Sobre la prescripción de ENOXAPARINA se tiene dicho:

La enoxaparina ***se usa para prevenir el desarrollo de coágulos*** *en las piernas* ***en aquellos pacientes que están en reposo*** *o que han sido sometidos a un reemplazo de caderas, de rodillas o que han tenido cirugía en el estómago. Se usa en combinación con aspirinas para impedir las complicaciones relacionadas con la angina (dolor en el tórax) y los ataques cardíacos.* ***También se usa en combinación con warfarina*** *para tratar los coágulos en las piernas.* ***La enoxaparina pertenece a una clase de medicamentos llamados heparinas de bajo peso molecular. Funciona al detener la formación de sustancias que provocan la formación de coágulos****.*[9] (Negritas y subrayas propias).

Finalmente, sobre el uso de la WARFARINA conviene tener presente:

La warfarina se utiliza para prevenir que se formen coágulos de sangre o que crezcan más grandes en la sangre o los vasos sanguíneos. ***Se receta para***

---

[6] Tratamiento Farmacológico de la Fibrilación auricular. Revista Uruguaya de Cardiología. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000100019.
[7] Fibrilación auricular. Recuperado de: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/atrial-fibrillation/diagnosis-treatment/drc-20350630.
[8] Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular: realidad y perspectivas. Revista Uruguaya de Cardiología. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202009000300005.
[9] Enoxaparina. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a601210-es.html.

> ***personas con ciertos tipos de ritmo cardiaco irregular****, personas con válvulas cardiacas artificiales (de reemplazo o mecánicas) y personas que han sufrido un infarto. La warfarina también se usa para tratar o prevenir la trombosis venosa (hinchazón y coágulo de sangre en una vena) y embolia pulmonar (un coágulo de sangre en el pulmón). La warfarina pertenece a una clase de medicamentos llamados anticoagulantes ('diluyentes de la sangre'). Funciona por medio de reducir la capacidad de coagulación de la sangre.*[10] (Resaltado ajeno al texto original).

Con todo lo anterior, se concluye claramente **(i)** que los antecedentes patológicos de la señora Clemencia Galvis son por sí mismos graves y de difícil pronóstico, que requieren tratamiento inmediato, y **(ii)** que la institución demandada actuó conforme las conductas médicas aceptadas para estos eventos, suministrando los medicamentos y tratamientos adecuados y pertinentes. Esto además, podrá verificarlo el despacho a través del dictamen pericial rendido por el doctor Heiler Lozada Ramos, -que obra en el expediente- quien en respuesta a los interrogantes número 3 y 4 manifestó:

> ***Todas las patologías descritas en la historia clínica y presentadas por la paciente con*** *(sic)* ***consideradas graves, toda vez que afectan órganos vitales como el riñón, cerebro, corazón, pulmón y otros; y que al encontrarse juntas y asociado a la edad de la paciente empeoran su pronostico*** (sic) ***de calidad de vida y riesgo de muerte,*** *razón por la cual se hace indispensable garantizar su tratamiento con el fin de minimizar el riesgo antes expuesto.*
>
> *De acuerdo con la descripción de los síntomas y la impresión diagnóstica,* ***se encontraba indicado el tratamiento con anticoagulante y antiarrítmico como la Walfarina y la amiodarona para esta paciente****, para controlar la frecuencia cardiaca y evitar eventos cardioembólicos.* (Énfasis propio).

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.4.: frente a las manifestaciones de este hecho procedo a pronunciarme así:

Pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, pues no intervino ni participó en los servicios médicos dispensados a la entonces paciente, se destaca que, a partir de la historia clínica que obra en el expediente, NO ES CIERTO que no se hubiere recibido indicaciones sobre el tratamiento prescrito por la institución de salud encargada. Como se evidencia en el citado documento, se registraron las siguientes anotaciones que dan cuenta de la instrucción e indicación del personal sobre al asunto. Veamos:

ANALISIS SUBJETIVO

PACIENTE CON FA DE NOVO - ASOCIADO A CARDIOMEGALIA Y CEFALIZACION DEL FLUJO OBSERVADO EN RX DE TORAX - PACIENTE Y FAMILIAR (HIJA) NIEGAN PRESENCIA DE DISENEA -TIENE AL PARECER EVENTO CORONARIO ANTIGUO SILENTE PLAN : ECOCARDIOGRAMA BD TRANSTORACICO - ANTICOAGULACION CON HEPARINA SC INCIALMENTE Y WARFARINA - DEBE TENER CONTROL DE LA ANTICOAGULACION SE DAN ORDNES EN INDICACION DE EXAMENES DE CONTROL - VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA

[10] Warfarina. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682277-es.html.

DEBE EFECTUARSE EXAMENES DE COAGULACION EN 3 DIAS Y REPETIR EN 5 DIAS : TIEMPO DE PROTROMBINA - PTT ESTOS EXAMENES DEBEN SER REVISADO POR EL MEDICO QUE REGULE EL MEDICAMENTO (ANTICOAGULANTE) WARFARINA

SUBJETIVO-OBJETIVO	ANALISIS-PLAN	
PACIENTE QUE ES VALORADA POR MEDICINA INTERNA CON REPORTE DE LABORATORIOS ,MEDICO DA ORDEN DE SALIDA CON CONTROL.SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR SE RETIRA ACCESO VENOSO Y SALE POR SUS PROPIOS MEDIOS.	DURAN GARCIA ANDREA MILENA	DEBE EFECTUARSE EXAMENES DE COAGULACION EN 3 DIAS Y REPETIR EN 5 DIAS : TIEMPO DE PROTROMBINA - PTT ESTOS EXAMENES DEBEN SER REVISADO POR EL MEDICO QUE REGULE EL MEDICAMENTO (ANTICOAGULANTE) WARFARIN

Como se evidencia con las anteriores notas, es claro que los profesionales de salud efectivamente suministraron información sobre el tratamiento y los medicamentos ordenados, advirtiendo la necesidad de control sobre los mismos, de manera que la desatención a tales indicaciones corresponde a una conducta desplegada exclusivamente por los demandantes, a quienes es atribuible la consecuencia o el estado de salud derivado de dicha conducta.

Finalmente, frente a la realización del TAC, se indica que efectivamente se llevó a cabo. Este hecho pone en evidencia que el personal encargado mantuvo una conducta tendiente a esclarecer la situación clínica de la paciente, para proceder de forma adecuada con los medicamentos y tratamientos requeridos.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.5.: pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, se destaca que, a partir de la historia clínica que obra en el expediente, no son ciertas las afirmaciones de este hecho, como paso a explicar:

NO es cierto que el médico Henry Astudillo Vásquez hubiese ordenado la suspensión del medicamento AMIODARONA por cuanto “este fármaco lleva a la aparición de FIBROSIS PULMONAR, o si ya existe, empeora el curso de esta enfermedad”. Esta afirmación subjetiva y carente de sustento probatorio, desconoce lo documentado al respecto por la literatura médica y en todo caso, **no corresponde a lo manifestado por el médico tratante.** En la historia clínica de la señora Clemencia Galvis de Franco se consignó de manera literal:

COMENTARIOS

DIAGNOSTICOS:1.Demencia tipo alzheimer2.Insuficiencia respiratoria cronica reagudizada3.Cardiopatia con insuficiencia severe bivbalvular tricuspidea y mitral4.HTA5.Poliartrosis6.Reflujo gastroesofagico7.FASUBJETIVO:Paciente que refiere sentirse mejor, con disnea a pequeños esfuerzosOBJETIVO:cardiovascular PA: 121/59 FC:94 FR:20AP:Paciente estaqble, asintomatica recibe manejo con amiodarona la cual puede aumentar su proceso fibrotico, considero suspender medicamentoPLAN: INR de control e interconsulta por neumologia, suspender amiodarona

En efecto, como se ilustra, el profesional encargado consideró que el medicamento **PODRÍA** influir en el proceso de la entonces paciente, sin embargo, es incierto (y alejado de la realidad técnica y científica) que el suministro del mismo provoque la patología en cuestión. De hecho, dentro del plenario no se ha acreditado que haya sido ese medicamento quien directa y exclusivamente provocó una agravación en el estado de la salud de la señora Galvis de Franco.

En todo caso, debe tenerse en cuenta que el actuar del médico encargado revela una conducta perita, experta y diligente, comoquiera que la misma se trata de prevenir lo que pudiera ser un riesgo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.6.: pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, por cuanto no participó en las atenciones médicas suministradas a la paciente, se destaca que a partir de la historia clínica que obra en el expediente, es cierto en cuanto a que el médico Ricardo Pablo Mosquera interroga la causa de la Enfermedad Pulmonar Intersticial (Neumonía Intersticial Aguda), habiéndose suspendido el uso del medicamente AMIODARONA.

Del mismo documento se desprende que efectivamente existe una anotación del día 07 de abril de 2014 en la que se indicó: *"SALIDA CON OXÍGENO EN CASA".* Sin embargo, conviene recordar al despacho que para ese entonces la paciente presenta óptimas condiciones de salud. La historia clínica documentó:

> *Sin SIRS. Ha permanecido afebril, hemodinámicamente estable, y con buena dinámica respiratoria… Compensada metabólica y volumétricamente. Sin angina o sus equivalentes.*

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.7.: a mi representada no le constan de manera directa las manifestaciones de este hecho, por cuanto no participó ni intervino en las atenciones médicas brindadas a la señora Clemencia Galvis de Franco. No obstante, se resalta que dentro de los anexos del expediente obra una anotación presuntamente emitida por el médico Víctor Orlado Aranda Sánchez, elaborada a mano, que contiene -entre otras- algunas anotaciones transcritas por el apoderado judicial de la parte actora, sin embargo, se aclara que estas no corresponden al tenor literal y exacto del documento.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.8.: pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, se destaca que, a partir de la historia clínica que obra en el expediente, no son ciertas las afirmaciones de este hecho, como paso a explicar:

- Por una parte, debe señalarse que el día 08 de mayo de 2014 la paciente ingresó con las siguientes condiciones:

> *PACIENTE CONOCIDA EN LA INSTITUCIÓN CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE ZLZHEIMER, HTA POLIARTROSIS, FA EN ANTICOAGULACIÓN CON XARELTO--- PACIENTE INGRESA EL DÍA DE HOY POR PRESENTAR HACE 2 HORAS MAREO, PÉRDIDA DE LA VISIÓN Y DEBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES… INICIALMENTE SIN OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS…HA PRESENTADO MEJORÍA Y CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE.*

En horas posteriores, su evolución se consignó en los siguientes términos:

EVOLUCION

*******evolucion observacion*******paciente en el momento en buenas condiciones generales, paraclinicos en rangos normales EKG: muestra FA (ya diagnosticada y manejada) troponina negativa. Ahra se encuentra en buena condiciones generales. con soprte de oxigeno de base a 2 litros, tranquila niega dolor toracico, mareo u otro sintoma, comenta que ya se siente mejor, no cefalea. refiere cambios en el aspecto de la orina por lo cual se solicita uroanalisis. se deja en observacion 6 horas mas, en 6 horas tomar nuevamente troponina de control y si es negativa, sumado a estabilidad hemodianmica y clinica se consideraria dar salida.

EVOLUCION

paciente buenas condiciones genrales afebril hidratada tolera la via oral no fiebre no vomito no dolor toracico cpontrol de troponina negativo. pacietne con buenas condicones genrales afebril hidratada tolerala via oral no signos de dificultad respiratoria. se comento con el dr muñoz quien considera se debe dar salida y continuar igual manejo ambulatorio. se le explica a los familiares parecen entender y aceptan las recomendaciones.

Como se observa, para la fecha en cuestión, la paciente se encontraba en buenas condiciones generales y refería mejoría.

- A pesar de lo anterior, el día 09 de mayo de 2014 la paciente presentó cuadro de dificultad respiratoria y desaturación, conforme se registró en su historia clínica. Dadas las condiciones clínicas que para el momento cursaba, se estimó como riesgo una falla ventilatoria que requirió atención en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI. No obstante, para la época de los hechos Clínica Farallones S.A. no contaba con disponibilidad para prestar los servicios de UCI, por lo que de manera inmediata esa Clínica gestionó su remisión a otra institución.

- Conforme a los registros clínicos que obran en el expediente, la paciente fue admitida en la Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica Nuestra Señora del Rosario. Sin embargo, **OMITE** el apoderado judicial de la parte actora señalar que, según el citado documento, el trámite de traslado fue entorpecido por los propios familiares de la demandante, tal como se evidencia enseguida:

OBSERVACIONES Y OTROS

SE REALIZA CERTIFICADO DE DEFUNCION Y EPICRISIS.NOTA: EL TRAMITE DE REMISION A LA UCI DE CLINICA DEL ROSARIO SE VIO ENTORPECIDO DEBIDO A QUE LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE NO PERMITIERONEL PRONTO TRASLADO, REFIRIENDO QUE DESEABAN CONTINUAR EL MANEJO EN ESTA INSTITUCION A PESAR DE EXPLICARLES EN VARIAS OCASIONES LA NO DISPONIBILIDAD DEL CUPO EN LA UCI Y LA NECESIDAD IMPERIOSA DE SER REMITIDA PARA EL MANEJO EN CUIDADO INTENSIVO.

Como se observa, los familiares de la paciente **"NO PERMITIERON EL PRONTO TRASLADO"**, pese a la advertencia del cuerpo profesional al tratarse de un trámite necesario y urgente, que ya se había gestionado ante la Clínica Nuestra Señora del Rosario.

- Así, y como se registró en su historia clínica, durante el traslado (entorpecido por la insistencia de los familiares de la paciente) la señora Clemencia Galvis de Franco sufrió "paro cardiaco", ante el cual los profesionales procedieron a activar "CÓDIGO AZUL", realizándose maniobras de reanimación cardiopulmonar por el término de 20 minutos, a pesar de las cuales la paciente no logró su recuperación.

- Debe destacarse al despacho en este punto, que tal como se registra en la historia clínica de la paciente, la misma fue asistida durante su traslado en una AMBULANCIA MEDICALIZADA, asistida por el MÉDICO INTENSIVISTA de turno, y por el EQUIPO MÉDICO DE UCI. Respecto a la ambulancia, se resalta entonces que **NO ES CIERTO,** que se tratara de una corriente, pues además de la anotación anterior, en las notas de enfermería se consignó literalmente:

SUBJETIVO-OBJETIVO	ANALISIS-PLAN	
pcte sale remitiad en traslado en ambulancia medicalizada para clinica rosario en compañaide de personla de medical grup y fmailaires con acceso0s venoso permeables con sedacion y soporte ventilatorio con IOT	TAMAYO GIRALDO HEIDY YOHANNA	

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.9.: frente a las manifestaciones de este hecho procedo a pronunciarme así:

- A mi representada no le consta lo manifestado frente a las afectaciones presuntamente sufridas por el grupo familiar de la señora Clemencia Galvis de Franco, por cuanto ello pertenece a la esfera íntima de los actores. No obstante, si el demandante pretende alguna indemnización por lo descrito en este hecho, deberá acreditarlo en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso.

- Pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado frente a las atenciones y servicios médicos suministrados a la señora Clemencia Galvis de Franco, lo cierto es que a partir de la historia clínica, y tal como se ha explicado a lo largo de este escrito, NO es cierto que se haya prescrito inadecuadamente el medicamento denominado AMIODARONA, primero, porque como se ha documentado, el mismo estaba acertadamente ordenado, conforme a las patologías y condiciones clínicas presentadas por la paciente, y segundo, porque en todo caso, no se acredita en el plenario que tal suministro haya sido supuestamente errado.

  De hecho -muy por el contrario-, conviene que el despacho tenga presente que según el dictamen pericial rendido por el doctor Heiler Lozada Ramos, la dosis de AMIODARONA prescrita para la señora Clemencia Galvis de Franco **fue la dosis mínima para control de los síntomas de la paciente.** Más puntualmente sobre el riesgo de toxicidad alegado por los demandantes, el citado médico indicó textualmente:

  > *De acuerdo con mi experiencia* ***el riesgo de un medicamento no implica contraindicación absoluta para su utilización, toda vez que debe evaluarse el riesgo – beneficio para el caso particular de cada paciente.***

  Así las cosas, no es cierto que este medicamento se hubiese prescrito erróneamente, ni mucho menos que la dosis haya sido inadecuada, pues como se acredita, esta correspondía a la dosis mínima.

- Se reitera que, tal como consta en la historia clínica de la señora Clemencia Galvis de Franco y en las notas de enfermería, tampoco es cierto que el traslado de la nombrada a la Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica Nuestra Señora del Rosario haya ocurrido en una ambulancia básica, pues tal como se ilustró en pronunciamiento frente al hecho anterior, el vehículo correspondía a una AMBULANCIA MEDICALIZADA, siendo la paciente asistida durante este trámite por el MÉDICO INTENSIVISTA de turno, y por el EQUIPO MÉDICO DE UCI.

- En lo demás, este hecho contiene simples apreciaciones de carácter subjetivo, que en todo caso distan de la realidad técnica y científica requerida en el asunto, por cuanto no es cierto que las patologías de la demandante no fueran “necesariamente mortales”.

Por el contrario, el dictamen pericial referido en líneas anteriores evidenció que la paciente cursaba deficiencias graves.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.10.: a mi representada no le consta lo manifestado en este hecho frente a la supuesta convivencia del nombrado Jairo Fernando Pinzón Franco con la señora Clemencia Galvis de Franco, ni que la misma hubiera estado a su cuidado. Sin embargo, ello resulta contradictorio de cara a las condiciones reales de la paciente, comoquiera que la nombrada padecía serios antecedentes patológicos que le dificultaban de forma significativa la realización de tareas, como el cuidado de un menor. Tampoco le consta a mi representada la supuesta afectación psicológica descrita en este hecho, comoquiera que ello pertenece a la esfera íntima de los actores. No obstante, si de dicha afirmación se pretende el reconocimiento de un perjuicio, deberá acreditarse en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 3 DENOMINADO "DECLARACIONES Y CONDENAS": me opongo de manera rotunda a la declaratoria de responsabilidad civil del extremo pasivo del litigio, comoquiera que no le es atribuible el fallecimiento de la señora Clemencia Galvis de Franco, y en ese sentido, son inexistentes los supuestos errores en la atención médica dispensada a la nombrada, y el presunto e injustificado error en el tratamiento aducido por el extremo actor.

En efecto, tal como se encuentra acreditado dentro del plenario, es claro que el cuerpo médico encargado no solo actuó con diligencia y sin dilaciones, sino que además proscribió adecuadamente los medicamentos y tratamientos médicos aceptados científicamente, conforma las condiciones clínicas y las evoluciones presentadas por la paciente. Como podrá verificar el despacho, las afirmaciones de la parte actora se encuentra infundadas, primero, porque como se ha documentado, el uso de los medicamentos ordenados estaba acertadamente ordenado, conforme a las patologías y condiciones presentadas por la paciente, y segundo, porque en todo caso, no se acredita que el suministro de algún medicamento (específicamente el denominado AMIODARONA, al que hace referencia la parte actora), haya estado supuestamente errado.

De hecho -muy por el contrario-, conviene que el despacho tenga presente que según el dictamen pericial rendido por el doctor Heiler Lozada Ramos, la dosis de AMIODARONA prescrita para la señora Clemencia Galvis de Franco **fue la dosis mínima para control de los síntomas de la paciente**. Más puntualmente sobre el riesgo de toxicidad alegado por los demandantes, el citado médico indicó textualmente:

> *De acuerdo con mi experiencia **el riesgo de un medicamento no implica contraindicación absoluta para su utilización, toda vez que debe evaluarse el riesgo – beneficio para el caso particular de cada paciente**.*

Así las cosas, no es cierto que este medicamento se hubiese prescrito erróneamente, ni mucho menos que la dosis haya sido inadecuada, pues como se acredita, esta correspondía a la dosis mínima.

Finalmente, como ya se ha explicado, no es cierto que los familiares de la paciente no hayan sido instruidos sobre la prescripción de tal medicamento.

En orden de lo comentado, me opongo a que se declare la pretendida responsabilidad civil de las instituciones demandadas, por los supuestos perjuicios sufridos por el extremo actor, comoquiera que no concurren los elementos configurativos de la aludida responsabilidad y en consecuencia, no ha nacido -y no podrá nacer- la obligación indemnizatoria del extremo pasivo.

Así las cosas, me opongo a las pretensiones indemnizatorias expresadas en la demanda, a las que procedo a pronunciarme puntualmente así:

FRENTE AL NUMERAL 3.1.1. PERJUICIOS MORALES:

FRENTE A LAS PRETENSIONES NÚMERO 3.1.1.1., 3.1.1.2, 3.1.1.3. Y 3.1.1.4: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de perjuicios morales, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva, y por ende, no surge su obligación indemnizatoria. Pero además de lo anterior, si en gracia de discusión resultara probada la supuesta falla en que incurrió la pasiva, las sumas reclamadas son abiertamente desproporcionadas y contrarían los parámetros que jurisprudencialmente se han dictado sobre el asunto. En efecto, la Corte Suprema de Justicia accedió al reconocimiento de sumas equivalentes a sesenta millones de pesos ($60.000.000), como consecuencia del fallecimiento de un ser querido[11], de manera que es inadmisible considerar que podría obtenerse lo pedido en los términos de la parte actora.

En orden de lo comentado, en el hipotético y remoto caso en que se accedan a las pretensiones del libelo genitor, las mismas deberán ajustarse, primero, a lo debida y oportunamente probado en el plenario y segundo, a los pronunciamientos que sobre la materia ha establecido la nombrada corporación.

FRENTE A LAS PRETENSIONES NÚMERO 3.1.1.5., 3.1.1.6., 3.1.17. Y 3.1.1.8.: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de perjuicios morales, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva, y por ende, no surge su obligación indemnizatoria. Pero además de lo anterior, debe tenerse en cuenta que los perjuicios morales es posible presumirlos, solo frente **a los familiares más cercanos[12]**, de modo que, no correspondiendo las pretensiones de estos numerales al núcleo familiar primario de la

[11] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[12] Corte Constitucional, sentencia T 934 de 2009.

señora Clemencia Galvis de Franco, el aludido perjuicio no puede presumirse y en consecuencia, la parte actora deberá acreditarlo, en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 3.1.1.9.: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de treinta y cinco (35) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de perjuicios morales, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva, y por ende, no surge su obligación indemnizatoria. Pero además de lo anterior, debe tenerse en cuenta que los perjuicios morales es posible presumirlos, solo frente **a los familiares más cercanos**[13], de modo que, no correspondiendo las pretensiones de estos numerales al núcleo familiar primario de la señora Clemencia Galvis de Franco, el aludido perjuicio no puede presumirse y en consecuencia, la parte actora deberá acreditarlo, en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso.

FRENTE AL NÚMERAL 3.1.2. DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN:

FRENTE A LAS PRETENSIONES NÚMERO 3.1.2.1., 3.1.2.2., 3.1.2.3. Y 3.1.2.4: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño a la vida de relación, primero porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria en su contra y segundo, porque en todo caso, no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder al mismo. En efecto, **no existe ninguna presunción** que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia[14] ha manifestado claramente:

> *Señálese que, con el fin de evitar **antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas**, la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.° 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura.*
>
> *Incluso, desde el libelo genitor, en que se suplicó el pago del daño a la vida de relación sufrido a raíz del accidente de tránsito (folio 26), **se advierte una falta absoluta de sustrato fáctico para soportar esta pretensión, pues el actor se limitó a señalar que encuentra postrado en una silla de ruedas (folio 27), sin mencionar sus condiciones personales -edad, deportes realizados, aficiones, nivel de vida y de sociabilización-, o las actividades sociales, culturales, recreativas o familiares que dejó de realizar después del accidente, que permitieran establecer la existencia del perjuicio causado**.(…)*

[13] Corte Constitucional, sentencia T 934 de 2009.
[14] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

*En consecuencia, ante la ausencia de certeza **sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto,** ya que para esto habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar. (El resaltado es propio).*

En todo caso, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada, y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a treinta millones de pesos ($30.000.000)[15] por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido[16], por lo que resulta desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor.

FRENTE A LAS PRETENSIONES NÚMERO 3.1.2.5., 3.1.2.6, 3.1.2.7. Y 3.1.2.8.: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño a la vida de relación, primero porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria en su contra y segundo, porque en todo caso, no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder al mismo. En efecto, **no existe ninguna presunción** que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia[17] ha manifestado claramente:

*Señálese que, con el fin de evitar **antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas**, la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.° 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura.*

*Incluso, desde el libelo genitor, en que se suplicó el pago del daño a la vida de relación sufrido a raíz del accidente de tránsito (folio 26), **se advierte una falta absoluta de sustrato fáctico para soportar esta pretensión, pues el actor se limitó a señalar que encuentra postrado en una silla de ruedas (folio 27), sin mencionar sus condiciones personales -edad, deportes realizados, aficiones, nivel de vida y de sociabilización-, o las actividades sociales, culturales, recreativas o familiares que dejó de realizar después del accidente, que permitieran establecer la existencia del perjuicio causado**.(…)*

---

[15] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[16] En el fallo referenciado se resolvió: *"Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos ($669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos **($60.000.000)** y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos **($30.000.000)".***
[17] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

*En consecuencia, ante la ausencia de certeza **sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto,** ya que para esto habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar. (El resaltado es propio).*

En todo caso, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada, y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a treinta millones de pesos ($30.000.000)[18] por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido[19], por lo que resulta desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 3.1.2.9.: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de treinta y cinco (35) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño a la vida de relación, primero porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria en su contra y segundo, porque en todo caso, no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder al mismo. En efecto, **no existe ninguna presunción** que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia[20] ha manifestado claramente:

*Señálese que, con el fin de evitar **antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas**, la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.° 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura.*

*Incluso, desde el libelo genitor, en que se suplicó el pago del daño a la vida de relación sufrido a raíz del accidente de tránsito (folio 26), **se advierte una falta absoluta de sustrato fáctico para soportar esta pretensión, pues el actor se limitó a señalar que encuentra postrado en una silla de ruedas (folio 27), sin mencionar sus condiciones personales -edad, deportes realizados, aficiones, nivel de vida y de sociabilización-, o las actividades sociales, culturales, recreativas o familiares que dejó de realizar después del accidente, que permitieran establecer la existencia del perjuicio causado**.(…)*

---

[18] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[19] En el fallo referenciado se resolvió: *"Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos ($669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos **($60.000.000)** y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos **($30.000.000)".***
[20] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

En consecuencia, ante la ausencia de certeza ***sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto,*** *ya que para esto habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar. (El resaltado es propio).*

En todo caso, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada, y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a treinta millones de pesos ($30.000.000)[21] por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido[22], por lo que resulta desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor.

EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

- **INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO NI EN EL SUMINISTRO DE TRATAMIENTO REQUERIDO POR LA SEÑORA CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO**

Se fundamenta esta excepción, en el entendido de que la responsabilidad que aquí se persigue requiere de manera indispensable la acreditación de una falla en el servicio médico, a partir de la cual se desprenda la relación de causalidad entre el daño alegado por la parte actora y la conducta desplegada por la pasiva. De este modo, sea lo primero señalar al despacho que la obligación de los profesionales encargados del procedimiento practicado a la señora Clemencia Galvis de Franco, era de medio y no de resultados, por lo cual, aun habiendo obrado de manera perita, cuidadosa y diligente, como en efecto aquí ocurrió, se obtuvo un resultado adverso al estado de salud de la nombrada, dado que lo que el extremo actor acusa de constituir una deficiencia, refiere realmente al deterioro de salud de la nombrada, a causa de las varias patologías y deficiencias que ya cursaba.

No obstante, dado que el extremo actor afirma que los profesionales encargados prescribieron erróneamente el tratamiento médico de la entonces paciente, conviene hacer las siguientes precisiones:

Según la historia clínica de la señora Clemencia Galvis, esta reportaba antecedentes de tabaquismo, demencia senil, anticoagulación por varios meses por postración y reemplazo total de cadera, quien además tuvo contacto por años con humo de leña. Para el mes de marzo de 2014 la paciente presentaba hipertensión arterial, evidenciándose además

---

[21] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.

[22] En el fallo referenciado se resolvió: *"Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos ($669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos* ***($60.000.000)*** *y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos* ***($30.000.000)".***

insuficiencia respiratoria. Desde ya se comenta que, como podrá corroborar el despacho con la citada historia clínica, la paciente cursaba diversas afecciones pulmonares.

En la historia clínica del día 12 de enero de 2014 se realizaron los siguientes registros:

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER , ARTROSIS, OSTEOPOROSIS , REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERAS BILATERAL , QUE INGRESA EN AMBULANCIA TRAIDA POR MEDICO DE EMI PORQUE HOY A LAS 12:00 DEL DIA PRESENTO MAREOS, BORRACHERAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA , ACOMPAÑADO DE PÁLPITACIONES , NO REFIERE DOLOR TORAXICO, NO DISNEA . HACE 3 DIAS ESTUVO EN CONSULTA MEDICA CON MEDICO TRATANTE Y LE AUSCULTARON ARRITMIA CARDIACA ASINTOMATICA . HOY LE TOMAN EKG QUE REPORTA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR LENTA , SIN EVIDENCIA DE SIGNOS ISQUEMICOS AGUDOS .

Ante esta condición, el cuerpo profesional encargado ordenó manejo con *AMIODARONA, ENOXAPARINA, WARFARINA.* Sobre el diagnóstico de Fibrilación Auricular de la señora Galvis de Franco y la prescripción de estos medicamentos, conviene reseñar, siquiera brevemente, lo documentado por la literatura médica al respecto:

> *La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más común. Puede presentarse en forma sintomática con palpitaciones, síntomas francos de insuficiencia cardíaca aguda o crónica o, puede cursar sin síntomas, "silente", cuando su diagnóstico se realiza como un hallazgo.* (…)
>
> *En términos generales, se caracteriza por unas contracciones auriculares caóticas que registradas en el electrocardiograma muestran la actividad auricular como unas ondas fibrilatorias irregulares. Esta actividad auricular, cuando se presenta en un corazón con un sistema de conducción atrioventricular normal, causa respuestas ventriculares irregulares y caóticas.* (…)
>
> *La FA tradicionalmente se asocia con la edad, sexo masculino, hipertensión, hipertiroidismo, alcohol y* ***enfermedades estructurales del corazón****; valvulopatías (especialmente mitral), cardiopatía isquémica, miocardiopatías, pericarditis y embolia pulmonar. En la actualidad se acepta un componente genético. Hay evidencias que los mecanismos íntimos que producen FA son distintos dependiendo de componentes genéticos (13) (Darbar).* ***La FA es entonces una expresión común a muchos mecanismos etiológicos distintos****…*[23] (Énfasis propio).

Sobre el tratamiento para esta patología se ha determinado que:

> *Conceptualmente el tratamiento de la FA debería de ir dirigido al control de estos tres aspectos, prevención del riesgo tromboembólico, mejoría de los síntomas y mejoría del pronóstico ya sea mejorando la disfunción ventricular o la morbimortalidad.* (…)[24]
>
> *… los objetivos del tratamiento para la fibrilación auricular son:*

---

[23] Fibrilación auricular. Presente y futuro. Gaceta Médica de Caracas. Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622009000100003.

[24] Tratamiento Farmacológico de la Fibrilación auricular. Revista Uruguaya de Cardiología. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000100019.

- *Restablecer el ritmo o controlar la frecuencia.*
- *Impedir los coágulos sanguíneos, lo cual puede disminuir el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.*[25]

Sobre el suministro de AMIODARONA, particularmente, se ha comentado:

> *Las Guías 2006 de tratamiento de la FA de la Asociación Americana del Corazón, del Colegio Americano de Cardiología y de la Sociedad Europea de Cardiología, establecen a los fármacos antiarrítmicos como primer escalón terapéutico en todas las situaciones clínicas (sin cardiopatía, cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca). Las opciones farmacológicas mencionadas son: propafenona, flecainida, sotalol, dofetilide (no disponible en nuestro medio) y amiodarona. Todas, en mayor o menor grado, han demostrado cierta utilidad en el tratamiento de la FA.* ***Es bien conocido que la amiodarona ha demostrado una mayor eficacia que las demás****…*[26] (El resaltado es propio).

Sobre la prescripción de ENOXAPARINA se tiene dicho:

> *La enoxaparina* ***se usa para prevenir el desarrollo de coágulos*** *en las piernas* ***en aquellos pacientes que están en reposo*** *o que han sido sometidos a un reemplazo de caderas, de rodillas o que han tenido cirugía en el estómago. Se usa en combinación con aspirinas para impedir las complicaciones relacionadas con la angina (dolor en el tórax) y los ataques cardíacos.* ***También se usa en combinación con warfarina*** *para tratar los coágulos en las piernas.* ***La enoxaparina pertenece a una clase de medicamentos llamados heparinas de bajo peso molecular. Funciona al detener la formación de sustancias que provocan la formación de coágulos****.*[27] (Negritas y subrayas propias).

Finalmente, sobre el uso de la WARFARINA conviene tener presente:

> *La warfarina se utiliza para prevenir que se formen coágulos de sangre o que crezcan más grandes en la sangre o los vasos sanguíneos.* ***Se receta para personas con ciertos tipos de ritmo cardiaco irregular****, personas con válvulas cardiacas artificiales (de reemplazo o mecánicas) y personas que han sufrido un infarto. La warfarina también se usa para tratar o prevenir la trombosis venosa (hinchazón y coágulo de sangre en una vena) y embolia pulmonar (un coágulo de sangre en el pulmón). La warfarina pertenece a una clase de medicamentos*

---

[25] Fibrilación auricular. Recuperado de: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/atrial-fibrillation/diagnosis-treatment/drc-20350630.
[26] Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular: realidad y perspectivas. Revista Uruguaya de Cardiología. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202009000300005.
[27] Enoxaparina. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a601210-es.html.

llamados anticoagulantes ('diluyentes de la sangre'). Funciona por medio de reducir la capacidad de coagulación de la sangre.[28] (Resaltado ajeno al texto original).

Con todo lo anterior, se concluye claramente **(i)** que los antecedentes patológicos de la señora Clemencia Galvis son por sí mismos graves y de difícil pronóstico, que requieren tratamiento inmediato, y **(ii)** que la institución demandada actuó conforme las conductas médicas aceptadas para estos eventos, suministrando los medicamentos y tratamientos adecuados y pertinentes. Esto además, podrá verificarlo el despacho a través del dictamen pericial rendido por el doctor Heiler Lozada Ramos, -que obra en el expediente- quien en respuesta a los interrogantes número 3 y 4 manifestó:

> ***Todas las patologías descritas en la historia clínica y presentadas por la paciente con*** *(sic)* ***consideradas graves, toda vez que afectan órganos vitales como el riñón, cerebro, corazón, pulmón y otros; y que al encontrarse juntas y asociado a la edad de la paciente empeoran su pronostico*** (sic) ***de calidad de vida y riesgo de muerte,*** *razón por la cual se hace indispensable garantizar su tratamiento con el fin de minimizar el riesgo antes expuesto.*
>
> *De acuerdo con la descripción de los síntomas y la impresión diagnóstica,* ***se encontraba indicado el tratamiento con anticoagulante y antiarrítmico como la Walfarina y la amiodarona para esta paciente****, para controlar la frecuencia cardiaca y evitar eventos cardioembólicos.* (Énfasis propio).

De manera más puntual se resalta que el citado perito, refiriéndose al medicamento AMIODARONA, indicó que **fue la dosis mínima para control de los síntomas de la paciente.** Y de manera específica sobre el riesgo de toxicidad alegado por los demandantes, el citado médico indicó textualmente:

> *De acuerdo con mi experiencia* ***el riesgo de un medicamento no implica contraindicación absoluta para su utilización, toda vez que debe evaluarse el riesgo – beneficio para el caso particular de cada paciente.***

Corolario de lo expuesto, el resultado del procedimiento que se comenta no dependía de manera exclusiva de los profesionales en salud que atendieron a la señora Clemencia Galvis de Franco, sino que además, y como en efecto aquí ocurrió, se veía influido y determinado por las condiciones anteriores de la paciente, en las que el cuerpo médico no intervino y que por tanto, no le son atribuibles. Así las cosas, ninguna falla en el servicio puede imputarse a la pasiva, por llevar a cabo servicios médicos, muy a pesar de haberse practicado conforme a los cánones médicos, no produjo un resultado favorable a la paciente.

En los términos expuestos, solicito amablemente al despacho declarar probada la presente excepción.

---

[28] Warfarina. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682277-es.html.

- **INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR EL EXTREMO ACTOR Y LA CONDUCTA DESPLEGADA POR LAS DEMANDADAS**

En atención a los argumentos arriba esbozados, resulta evidente que no existe relación de causalidad alguna entre el daño sufrido por la parte demandante y la conducta desarrollada por las entidades demandadas. De manera específica, debe anotarse que no se estructura este elemento indispensable de la responsabilidad civil que se persigue, comoquiera que los perjuicios que se reclaman no encuentran su origen en ninguna de las conductas desplegadas por los profesionales que tuvieron a su cargo el cuidado y atención médica de la señora Clemencia Galvis de Franco ni en las Instituciones demandadas en este pleito.

Lo anterior no puede perderse de vista por el despacho, toda vez que para la imputación de la responsabilidad pretendida, es necesario acreditar la supuesta falla en que, a juicio de los actores, incurrió la parte pasiva; sin ello, y sin constituirse, en consecuencia, una relación causal que permita endilgar responsabilidad al extremo pasivo, están llamadas al fracaso todas y cada una de las pretensiones del escrito genitor.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia[29] ha señalado:

> *A pesar de los avances en todos los campos, la complejidad del cuerpo humano impide que hoy en día la medicina sea una ciencia exacta, de ahí que se estime que* ***su práctica, en términos generales, corresponde a una obligación de medio****.*
>
> *Es por eso que* ***solo si se verifica una mala praxis surge la obligación de reparar****, entre otros eventos, cuando se deja de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí,* ***siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexo causal que contempla la ley****.* (Negritas propias).

Corolario de lo expuesto, siendo inexistente la falla médica que se alega y el nexo causal necesario para imputar responsabilidad a las demandadas, no existe razón jurídica que permita la imputación de los supuestos fácticos invocados, al extremo pasivo del litigio, por lo cual, solicito amablemente al despacho, tener por probada la presente excepción

- **EXCESIVA VALORACIÓN DE PERJUICIOS INMATERIALES**

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté reconociendo responsabilidad a cargo del extremo pasivo, y por ende, de mi representada, solo para manifestar que bajo el hipotético caso en que el Juzgado emitiera un fallo condenatorio a los demandados, las sumas reclamadas deben necesariamente reajustarse para reconocer (si a ello hubiere

[29] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC8219-2016, radicación 11001-31-03-039-2003-00546-01 de 20 de junio de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

lugar) lo que efectivamente correspondiera, de conformidad con el perjuicio efectivamente causado y debidamente acreditado en el curso procesal.

Específicamente tratándose de los perjuicios reclamados por el extremo actor, debe señalarse que se encuentran ampliamente desbordados, y contrarían los lineamientos jurisprudenciales vigentes para el fin, teniendo en cuenta que, como se indicó, los pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia se encuentran encaminados a reconocer una suma equivalente a sesenta millones de pesos ($60.000.000) por concepto de perjuicios morales[30], **pero solo frente a los familiares que pertenecen al núcleo primario** de la víctima, y treinta millones de pesos ($30.000.000) a título de daño a la vida de relación[31], en la resolución de supuestos fácticos similares al que hoy se discute. De este modo, resulta inadmisible que se reconozcan sumas que superan ostensiblemente los parámetros ya establecidos por el máximo órgano de la jurisdicción civil.

Por los argumentos expuestos, solicito amablemente al Despacho tener por probada la presente excepción.

- **EL PRESENTE CASO DEBE EVALUARSE A LA LUZ DEL RÉGIMEN DE FALLA PROBADA**

Como es sabido, la jurisprudencia ha establecido que para la declaratoria de la responsabilidad que hoy se pretende (donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado), se impone al actor la carga de probar de manera fehaciente la realización de la falla en la prestación del servicio médico, que constituye la causa del daño que se alega. En otras palabras, tratándose de responsabilidad civil médica no existe presunción alguna que exonere al extremo actor de demostrar, además del daño y el nexo causal, el hecho configurativo de una mala práctica en el ejercicio médico. Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia[32] ha manifestado:

> **…** ***la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada,*** *salvo cuando en virtud de las "estipulaciones especiales de las partes" (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011,* ***ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios****.*
>
> ***La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o***

[30] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[31] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[32] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC7110-2017, radicación No. 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

impericia del médico, *mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.*

Así las cosas, cuando jurídicamente se impone al extremo actor del litigio acreditar el hecho generador del daño y no existe presunción de responsabilidad en favor de la víctima, es claro que no puede derivar la misma por la simple causación de un resultado adverso con ocasión al acto médico. Es decir, muy a pesar de que no se produzca mejoría en el estado de salud del paciente, y aun en el evento en que se genere un hecho lamentable a raíz de la intervención médica, ello no puede responsabilizar al profesional de salud encargado, cuando no se evidenció la necesaria falla médica, por cuanto, como se ha manifestado, para estos casos el médico solo está obligado a actuar con pericia y diligencia y no a garantizar el éxito del procedimiento.

En síntesis, ante la ausencia de falla probada en las instituciones demandadas, no se configura responsabilidad civil en cabeza de las mismas y por tanto, las pretensiones del escrito demandatorio deben despacharse desfavorablemente.

En los términos descritos, solicito al despacho declarar probada la presente excepción.

- **EXCEPCIÓN GENÉRICA**

Me refiero a cualquier hecho o derecho a favor de los demandados, que resultare probado dentro del proceso. En ese sentido, y de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito declarar probada cualquier otra excepción que resulte acreditada en el curso del litigio.

CAPÍTULO II
FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR CLÍNICA FARALLONES S.A. EN CONTRA DE ALLIANZ SEGUROS S.A.
FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1: es cierto en cuanto a que mi representada expidió las siguientes Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales, aclarando que la vigencia de las mismas se concertó como a continuación se ilustra:

Número Póliza	**Vigencia**
021128764/0	Desde el 29/08/2012 hasta el 28/08/2013
021416821/0	Desde el 09/08/2013 hasta el 28/08/2014
021610893/0	Desde el 29/08/2014 hasta el 28/08/2015
021805762/0	Desde el 29/08/2015 hasta el 28/08/2016
021968943/0	Desde el 29/08/2016 hasta el 28/08/2017

022144553/0	Desde el 29/08/2017 hasta el 28/08/2018
022320840/0	Desde el 29/08/2018 hasta el 28/08/2019

No obstante, desde ya se aclara al despacho que resulta imposible afectar los citados contratos de seguro, comoquiera que en el presente caso operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, y en todo caso, no se cumplen de manera simultánea los presupuestos necesarios de la modalidad de cobertura pactada, *Claims Made.*

En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

Además, como se indicó, los anteriores contratos de seguro fueron concertados bajo la modalidad de cobertura *Claims Made*, con un periodo de retroactividad a partir del 23 de junio de 2008. Lo anterior implica que las pólizas solo podrán afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y segundo, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas debe precisarse desde ya que los contratos de seguro documentados en **las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0 no ofrecen cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos objeto de litigio ocurrieron dentro del periodo de retroactividad pactado, lo cierto es que la reclamación se presentó el día 28 de febrero de 2017, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, a la que fue convocada Clínica Farallones S.A., tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., lo que quiere decir que el reclamo se surtió cuando los contratos de seguro ya no se encontraban vigentes.

De este modo, es necesario aclarar que teniendo en cuenta la modalidad de cobertura pactada, el único contrato de seguro que eventualmente podría operar, corresponde al documentado en la póliza No. 021968943/0, no obstante, y tal como se explicó, frente a esta operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2: no es cierto en la forma en que está expuesto y aclaro: es cierto en cuanto a que los contratos de seguro descritos tienen por objeto amparar la responsabilidad civil en la que eventualmente incurra la entidad convocante, derivadas de la realización del acto médico, no obstante, desde ya se aclara al despacho que resulta imposible afectar los citados contratos de seguro comoquiera que en el presente caso operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, y en todo caso, no se cumplen de manera simultánea los presupuestos necesarios de la modalidad de cobertura pactada, *Claims Made.*

En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020**

Adicional a lo anterior, los contratos de seguro que sirvieron de base para la formulación del llamamiento en garantía, fueron suscritos bajo la modalidad de cobertura *Claims Made.,* tal como se evidencia de forma literal, dentro de las condiciones de los mismos:

> **CLAIMS MADE**
> Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

Siendo las cosas de este modo, es claro que para que las pólizas en comento ofrezcan cobertura para los hechos objeto de litigio, resulta necesario, no solo que los hechos hubieren ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o su periodo de retroactividad, sino que además, los mismos deben ser **reclamados por primera vez durante la vigencia del contrato de seguro.**

No obstante y tal como fue explicado, las acciones derivadas de los contratos de seguro en virtud de los cuales se vinculó a mi representada al presente proceso, se encentran prescritas.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 3: es cierto lo manifestado en torno a las condiciones de los contratos de seguro identificados anteriormente, no obstante, desde ya se aclara al despacho que resulta imposible afectar los citados contratos de seguro comoquiera que en el presente caso operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, y en todo caso, no se cumplen de manera simultánea los presupuestos necesarios de la modalidad de cobertura pactada, *Claims Made.*

En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

Además, como se indicó, los anteriores contratos de seguro fueron concertados bajo la modalidad de cobertura *Claims Made*, con un periodo de retroactividad a partir del 23 de junio de 2008. Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y luego, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas debe precisarse desde ya que los contratos de seguro documentados en **las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0 no ofrecen cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos objeto de litigio ocurrieron dentro del periodo de retroactividad pactado, lo cierto es que la reclamación se presentó el día 28 de febrero de 2017, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, a la que fue convocada Clínica Farallones S.A., tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., lo que quiere decir que el reclamo se surtió cuando los contratos de seguro ya no se encontraban vigentes.

De este modo, es necesario aclarar que teniendo en cuenta la modalidad de cobertura pactada, el único contrato de seguro que eventualmente podría operar, corresponde al documentado en la póliza No. 021968943/0, sin embargo, y tal como se explicó, frente a esta operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 4: frente a las manifestaciones de este hecho procedo a pronunciarme así:

- Es cierto en cuanto a que Clínica Farallones S.A. integra el extremo pasivo del litigio, dentro del proceso instaurado por la señora Olga Patricia Franco y otros, por la supuesta falla en la prestación del servicio médico suministrado a la señora Clemencia Galvis de Franco, no obstante, y tal como el despacho podrá corroborar, no se acredita la supuesta culpa atribuible a las instituciones demandadas (sobre la que reposa el régimen de responsabilidad aplicable al presente asunto), y por tanto, resulta imposible la atribución de la responsabilidad que se pretende.

- Frente a las afirmaciones relacionadas con la vigencia de la póliza número 021416821 expedida por mi representada, desde ya se aclara al despacho que resulta imposible afectar este y los demás contratos de seguro que sirvieron de base para el presente llamamiento en garantía, comoquiera que en el presente caso operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, y en todo caso, no se cumplen de manera simultánea los presupuestos necesarios de la modalidad de cobertura pactada, *Claims Made.*

  En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

  Además, como se indicó, los anteriores contratos de seguro fueron concertados bajo la modalidad de cobertura *Claims Made*, con un periodo de retroactividad a partir del 23 de junio de 2008. Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y luego, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas debe precisarse desde ya que los contratos de seguro documentados en **las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0 no ofrecen cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos objeto de litigio ocurrieron dentro del periodo de retroactividad pactado, lo cierto es que la reclamación se presentó el día 28 de febrero de 2017, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, a la que fue convocada Clínica Farallones S.A., tal como

consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., lo que quiere decir que el reclamo se surtió cuando los contratos de seguro ya no se encontraban vigentes.

De este modo, es necesario aclarar que teniendo en cuenta la modalidad de cobertura pactada, el único contrato de seguro que eventualmente podría operar, corresponde al documentado en la póliza No. 021968943/0, sin embargo, y tal como se explicó, frente a esta operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 5: es cierto, conforme a los documentos adjuntos al escrito demandatorio que Clínica Farallones S.A. fue convocada a la audiencia de conciliación prejudicial, que tuvo lugar el día 28 de febrero de 2017, ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali. Así las cosas, se tiene que a partir de esta fecha comenzó a correr el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO I: esta corresponde a una pretensión a la que ya accedió el despacho judicial, comoquiera que mediante Auto Interlocutorio número 235 de fecha 14 de septiembre de 2020 se resolvió admitir el llamamiento en garantía formulado por la demandada Clínica Farallones S.A., en contra de Allianz Seguros S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO II: esta corresponde a una pretensión a la que ya accedió el despacho judicial, comoquiera que mediante Auto Interlocutorio número 235 de fecha 14 de septiembre de 2020 se ordenó la notificación de dicha providencia, a través de la cual se admitió el llamamiento en garantía formulado por la demandada Clínica Farallones S.A., en contra de Allianz Seguros S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO III: me opongo a que se ordene a mi representada a asumir la eventual condena que se profiera en contra del extremo pasivo del litigio, primero, porque no existe la supuesta responsabilidad civil que se persigue a través de la presente acción, y en consecuencia, también es inexistente la obligación indemnizatoria de las instituciones demandadas, y por ende, la de Allianz Seguros S.A., y segundo, porque en todo caso, las acciones derivadas de los contratos de seguro en virtud de los cuales se vincula a mi representada, se encuentran prescritas.

En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a

la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

Pero además de lo anterior, debe tenerse en cuenta que **las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0 no ofrecen cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que no se cumplen los requisitos enunciados respecto a la modalidad de cobertura pactada, esto es: que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y luego, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza

Así las cosas, si en gracia de discusión el despacho desestimaras las anteriores consideraciones, debe reiterarse que el único contrato de seguro que eventualmente podría operar, corresponde al documentado en la póliza No. 021968943/0, sin que puedan afectarse las demás pólizas en virtud de las cuales se formuló el presente llamamiento en garantía (como ya se explicó), y en todo caso, el alcance de su hipotética obligación deberá sujetarse estrictamente al tenor literal de las condiciones pactadas en el mentado contrato.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

- **PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO**

Como es sabido, el artículo 1081 del Código de Comercio establece un régimen especial para la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, y señala, asimismo, el cómputo de los términos para el efecto. Su contenido literal es del siguiente tenor:

> ***Artículo 1081. Prescripción de acciones****. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> ***La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.***
>
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*
>
> *Estos términos no pueden ser modificados por las partes.* (Negritas por fuera del texto original).

Lo anterior resulta relevante al proceso, comoquiera que, tal como se pasa a exponer, existe una evidente prescripción en la acción que deriva del contrato de seguro en virtud del cual se vincula a mi representada al presente proceso.

En efecto, la normativa anterior señala los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, diferenciando entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria, y el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

En cuanto a la interpretación de las expresiones *"hecho que da base a la acción"* y *"momento en que nace el derecho"* la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro[33]:

> *En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> *La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).*
>
> *En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007[34]:*
>
> *...comportan 'una misma idea'[35], esto es, que* ***para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el***

[33] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.
[34] Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.
[35] La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

caso, pues como se aseveró en tal oportunidad 'El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea'*". En la misma providencia esta Sala concluyó que* ***el conocimiento real o presunto del siniestro era "el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario****", pues, como la Corte dijo en otra oportunidad*[36]*, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal "****se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción 'empezará a correr' y no antes, ni después"****.*

Por su parte, el artículo 1131 del C. Co. preceptúa:

> *"Artículo 1131. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima****. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.****"* (Negritas propias).

La H. Corte Constitucional en Sentencia C-388 de 23 de abril de 2008, por medio de la cual declaró exequible el artículo 1131 del Código de Comercio, se pronunció en relación la prescripción del contrato de seguros en materia de responsabilidad civil en los siguientes términos: *"****Y, no siendo igual la posición jurídica del asegurado y de la víctima en el contrato de seguro de responsabilidad, explica por qué en la disposición contenida en el artículo 1131 del Código de Comercio, el legislador no hubiera estado obligado a darles un trato igual respecto del momento a partir del cual comienza a correr el término de prescripción. En efecto, la norma dispuso que, una vez ocurrido el siniestro, a partir de dicha fecha correrá la prescripción respecto de la víctima, y frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial, diferencia de trato que no es contraria a la Constitución.****"*

Descendiendo al caso concreto, tenemos que el término bienal empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020**.

[36] Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

Por lo expuesto, solicito amablemente al Despacho, tener por probada la presente excepción.

- **NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA PACTADA EN LA PÓLIZA No. 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 Y 022320840/0 Y POR LO TANTO, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN VIRTUD DE TALES CONTRATOS**

De conformidad con el condicionado de las pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0, expedidas por mi representada, la modalidad de cobertura ofrecida fue *Claims Made*, cuyo periodo de retroactividad se extendió hasta el 23 de junio de 2008. Las vigencias para dichos contratos de seguro se pactaron en los siguientes términos:

Número Póliza	**Vigencia**
021128764/0	Desde el 29/08/2012 hasta el 28/08/2013
021416821/0	Desde el 09/08/2013 hasta el 28/08/2014
021610893/0	Desde el 29/08/2014 hasta el 28/08/2015
021805762/0	Desde el 29/08/2015 hasta el 28/08/2016
021968943/0	Desde el 29/08/2016 hasta el 28/08/2017
022144553/0	Desde el 29/08/2017 hasta el 28/08/2018
022320840/0	Desde el 29/08/2018 hasta el 28/08/2019

Como ya es sabido, esta modalidad de contrato requiere no solo acreditar la realización del siniestro, en los términos del artículo 1131 del Código de Comercio, sino también, el presupuesto del cual se desprende que la reclamación del mismo se efectuó durante la vigencia de la Póliza. Así, puntualmente, reiteró la Corte Suprema de Justicia recientemente[37]:

> *De ahí que a más de la configuración del siniestro o realización del riesgo asegurado (art. 1072 del C.Co.), que en el seguro de responsabilidad tiene una regla especial (art. 1131 id.),* ***lo cierto es que cuando se ha pactado la forma de reclamación hecha (claims made), es menester el descubrimiento de la pérdida o el reclamo del perjudicado al asegurado o al asegurador, en el término de vigencia de la póliza que se hubiese acordado****, o en el plazo posterior convenido.*

Más adelante especificó:

> *Consecuentemente, en el sistema tradicional el débito del asegurador surge con la ocurrencia de los hechos que generan la responsabilidad -siniestro-, dentro del término de vigencia de la póliza, sin atender el tiempo posterior en que se haga el*

[37] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

reclamo, limitado tan sólo por los plazos de prescripción; ***a diferencia de estas variantes de claims made, en que se requiere que además del siniestro en tiempo anterior o coetáneo al espacio temporal del amparo****, la reclamación se haga dentro del término específico y delimitado en el contrato, que en armonía con lo concertado, puede ser durante la vigencia de la póliza o en un periodo adicional y específico.* (Énfasis propio).

De todo lo anterior se concluye, sin lugar a duda, que tal modalidad de cobertura requiere la concurrencia necesaria de los presupuestos arriba indicados, esto es, la realización del siniestro en la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, y la reclamación de este en el período de vigencia.

De este modo, es claro que no pueden afectarse las Pólizas No. 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0, dado que, muy a pesar de haber ocurrido el hecho que dio base a la acción durante el periodo de vigencia, la reclamación solo se efectuó hasta el **28 de febrero de 2017**, es decir, por fuera de la vigencia de las pólizas, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, adjunta por el extremo actor.

- **EN CUALQUIER EVENTO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA NO PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DE LOS AMPAROS OTORGADOS A TRAVÉS DE LA PÓLIZA NÚMERO 021968943/0**

Sin perjuicio de los argumentos expuestos a través de este documento, se propone esta excepción, sin que con ello se esté comprometiendo a mi representada, a fin de manifestar que en el improbable caso en que el Juzgador considerara que nace obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora, la misma deberá sujetarse al tenor literal de las condiciones particulares y generales de la Póliza No. 021968943/0, entre ellas la suma máxima a la cual estaría eventualmente obligada Allianz Seguros S.A.

Al respecto, el Código de Comercio en su artículo 1079, ha previsto: "*El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada* (…)"; siendo así las cosas, en el improbable caso de proferirse una condena a mi representada, ésta se verá condicionada a los valores asegurados en el contrato y a los deducibles pactados en el mismo.

En orden de lo comentado, las condiciones pactadas en el referenciado contrato indicarán el tope de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi representada. Tales condiciones fueron establecidas así:

Coberturas	***Límite Asegurado Evento***	***Límite Asegurado Vigencia***
Predios Labores y Operaciones	*2.000.000.000*	*2.000.000.000*
R.C. Patronal	*100.000.000*	*300.000.000*

R.C. Profesional	*2.000.000.000*	*2.000.000.000*
R.C. Contaminación accidental, súbita e imprevita	*2.000.000.000*	*2.000.000.000*

Así las cosas, en cualquier evento, la obligación de la compañía nunca podrá exceder el límite arriba indicado, equivalente a dos mil millones de pesos ($2.000.000.000), porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a Allianz Seguros S.A. a asumir el riesgo asegurado.

- **EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA No. 021968943/0 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO**

Se plantea esta excepción, solo si en gracia de discusión se profiriera un fallo contrario a los intereses de mi representada, a fin de que se tengan en cuenta las condiciones particulares de la póliza, específicamente la relacionada con el deducible pactado. Tal deducible corresponde a la porción que, en caso de ocurrencia del siniestro, deberá pagar exclusivamente el asegurado, y fue concertado en el contrato de seguro en los siguientes términos:

> DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)
>
> RC PROFESIONAL:
>
> El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.
>
> El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.
>
> 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

En ese orden, solicito respetuosamente que en caso de que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi procurada, la obligación indemnizatoria de esta, se sujete a las estipulaciones contractuales contenidas en la mentada póliza.

- **EXCEPCIÓN GENÉRICA**

Me refiero a cualquier hecho o derecho a favor de Allianz Seguros S.A., que resultare probado dentro del proceso. En ese sentido, y de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito declarar probada cualquier otra excepción que resulte acreditada en el curso del litigio.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito atentamente decretar y tener como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES

Solicito se tengan como tales las siguientes, que anexo al presente escrito:

i. Copia de las condiciones particulares y generales de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 021968943/0, 022144553/0, 022320840/0.
ii. Poder especial otorgado a mi nombre.
iii. Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal de Allianz Seguros S.A.

INTERROGATORIOS DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a los demandantes, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, les formularé sobre los hechos de la demanda.

CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL

En virtud de lo preceptuado en el artículo 228 del Código General del Proceso, solicito la comparecencia del perito Rubén Darío de León González, quien suscribió el informe pericial adjunto al escrito de demanda, a la audiencia de Instrucción y Juzgamiento, con el fin de que absuelva, bajo la gravedad de juramento, el interrogatorio acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen que elaboró.

TESTIMONIALES

Respetuosamente me permito solicitar a este despacho, decretar el testimonio de la Dra. Isabella Caro Orozco, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.144.070.531 de Cali, quien tiene domicilio en la ciudad de Cali, y puede ser citada en la carrera 85 No. 15-88, piso 2, cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre la prescripción de las acciones derivadas de los contratos de seguro documentados en las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 021968943/0, 022144553/0, 022320840/0, la inexistencia de cobertura para los hechos objetos de litigio conforme a la modalidad de cobertura pactada para dichas pólizas, y sobre los demás aspectos relevantes sobre el particular.

INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas

solicitadas.

NOTIFICACIONES

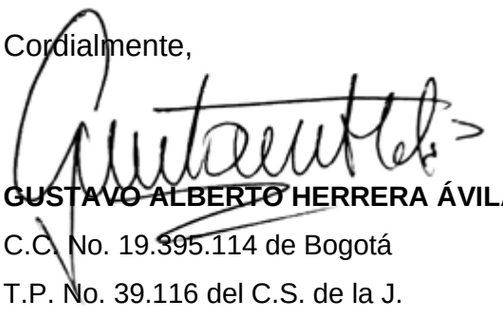
La parte actora en la dirección consignada en la demanda.

La entidad convocante en la dirección consignada en el llamamiento en garantía.

Mi representada en la Avenida 6 A N 23-13 de la ciudad de Cali. Email: notificacionesjudiciales@allianz.co.

El suscrito en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali. Email: notificaciones@gha.com.co.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

CHUBB/ CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA POR REFORMA A LA DEMANDA/ PROCESO RAD: 2019-279/ DTE: OLGA PATRICIA FRANCO/ DDO: CLÍNICA FARALLONES Y OTROS.

CLAUDIA MILENA CARVAJALINO <juridica@arenasochoa.com>

Lun 07/12/2020 12:54

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j10cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>; luifercat@hotmail.com <luifercat@hotmail.com>; juliethp_gonzalez <juliethp_gonzalez@coomeva.com.co>; notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>; luis felipe giraldo gomez <lfelipegg@gmail.com>

1 archivos adjuntos (240 KB)

MEDMAL _ CHUBB_ CONTESTACIÓN REFORMA DEMANDA 2019-279 (1).pdf;

Señores
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REF: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
RAD: 76001310301020190027900
DTE: OLGA PATRICIA FRANCO, JAIRO FERNANDO PINZÓN Y OTROS
DDO: COOMEVA EPS; CLÍNICA FARALLONES.
LLAMADO EN GARANTÍA: CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.543.602 de Bucaramanga, portador de la Tarjeta Profesional No. 162.416 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., legalmente constituida, identificada con NIT número 860.026.518-6, de manera atenta acudo a su despacho judicial y encontrándome dentro del término procesal, teniendo en cuenta que la parte demandante ha REFORMANDO LA DEMANDA, y en ese sentido, la CLÍNICA FARALLONES S.A., llamante en garantía, se ha ratificado en el llamamiento en garantía, me permito indicar al despacho, que en el mismo sentido del asegurado, nos ratificamos en las manifestaciones realizadas en la contestación del llamamiento, razón por la cual se presenta nuevamente de manera íntegra y sin alteraciones para que obre en el expediente tal manifestación.

-

SERGIO ARENAS
Director Ejecutivo 57- (097) + 6334454 - 6334450
57- (037) + 3184152896 - 3162584882
juridica@arenasochoa.com
www.arenasochoa.com
Calle 35 No. 17-56 Piso 8 Edif. Davivienda, Bucaramanga - Col.
Carrera 42a No. 1-25 Torre 4 Oficina 305 Centro Empresarial San Fernando Plaza Barrio El Poblado, Medellín - Col

ARENAS OCHOA
ABOGADOS

Señores
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REF: **CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**
RAD: 76001310301020190027900
DTE: OLGA PATRICIA FRANCO, JAIRO FERNANDO PINZÓN Y OTROS
DDO: COOMEVA EPS; CLÍNICA FARALLONES.
LLAMADO EN GARANTÍA: CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.543.602 de Bucaramanga, portador de la Tarjeta Profesional No. 162.416 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., legalmente constituida, identificada con NIT número 860.026.518-6, de manera atenta acudo a su despacho judicial y encontrándome dentro del término procesal, teniendo en cuenta que la parte demandante ha REFORMANDO LA DEMANDA, y en ese sentido, la CLÍNICA FARALLONES S.A., llamante en garantía, se ha ratificado en el llamamiento en garantía, me permito indicar al despacho, que en el mismo sentido del asegurado, nos ratificamos en las manifestaciones realizadas en la contestación del llamamiento, razón por la cual se presenta nuevamente de manera íntegra y sin alteraciones para que obre en el expediente tal manifestación.

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

PRIMERO: Se admite.

SEGUNDO: Se admite, pero se aclara que la modalidad de cobertura es de claims made, razón por la cual, la aseguradora no será responsable y el asegurado renuncia al llamamiento en garantía, en los eventos en que el reclamo o circunstancia pueda estar cubierta por otra poliza cuya modalidad sea distinta a la de claims made.

TERCERO: Se admite.

CUARTO: Se admite.

QUINTO: De acuerdo al arribo de las pruebas, es cierto.

SEXTO: No se admite por cuanto no le consta a mi prohijada. Tampoco se allega prueba del referido correo electrónico que contiene la supuesta reclamación, por lo que se deberá probar por la CLÍNICA FARALLONES.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a todas pues las mismas no tienen en cuenta las condiciones particulares pactadas entre mi cliente CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A. y CLÍNICA FARALLONES S.A. en calidad de tomador, como son: amparos, deducibles, límite asegurado y demás aspectos que no han sido indicados en el llamamiento en garantía.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO

3.1. DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO COMO OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

Considero importante, que se precisen los conceptos de las obligaciones de medio y de otro lado, las de resultado.

De conformidad con la doctrina francesa, nos encontramos frente a una obligación de resultado cuando por la naturaleza de la prestación, el acreedor contrata para obtener cierto resultado prometido por el deudor y no para imponer una diligencia a éste último. Es decir. Las partes convienen ese resultado en el objeto directo de su obligación, por lo que, la falta del mismo hace presumir la culpa del deudor, presunción que sólo se destruye probando circunstancias exógenas que le imposibilitaron cumplir.

Ahora bien, frente a la obligación de medios el consejo de estado en sentencia de 1994 estableció*: "acerca del alcance de esta obligación de medios, que consiste en otorgar al paciente atención oportuna y eficaz, la sala ha dicho que ella obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del arte de curar son conducentes para tratar de lograr el fin deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo. La doctrina y la jurisprudencia son unánimes en expresar que tratándose de las obligaciones del médico y de las instituciones de salud, son de medios, toda vez que el compromiso que ellos adquieren no es de curar al enfermo, sino de suministrarle los cuidados concienzudos y solicitados con su ciencia."*

De manera que en la obligación de medios, el deudor promete solamente conducirse con prudencia y diligencia en una dirección determinada, siendo esta diligencia el objeto de la obligación, ya que normalmente el resultado esperado por el acreedor es demasiado aleatorio y depende poco de la exclusiva diligencia del deudor, por lo que la no obtención del resultado no permite presumir culpa de este último, en cuyo caso se debe probar la culpa

3.1.2. DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, EL CUAL ES DE CARÁCTER ESPECÍFICO Y NO GENÉRICO

Para la Corte Suprema de Justicia, los médicos deben orientar la práctica médica en función de los principios de beneficencia y de no maleficencia o primun non nocere del paciente. El primero, dirigido ayudar de manera positiva a su bienestar; y el segundo, a evitar que su daño físico o psíquico se incremente. (CSJ SC 7110-2017 del 24 de Mayo del 2017)

Para el caso que nos ocupa, el actuar diligente por parte del galeno tratante, se enmarca dentro de las exigencias señaladas por la Corte Suprema de Justicia, toda vez, que lo que buscó fue mejorar de manera positiva el bienestar del paciente conforme al procedimiento quirúrgico, como la opción mas favorable para la salud y el bienestar. Aunado lo anterior el personal médico, solo recurre por este tipo de opciones quirúrgicas cuando no existe otro tratamiento mejor, pues de no hacerlo se podrían generar consecuencias más gravosas, para su salud o inclusive, la muerte.

Es importante establecer la Corte Suprema de Justicia, considera que el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981, (Ética médica), exige al médico no exponer al paciente a "riesgos injustificados" y a solicitar autorización expresa "para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que le puedan afectar física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible", previa ilustración de las consecuencia que de allí se deriven. (CSJ SC 7110-2017 del 24 de Mayo del 2017).

Para la Corte Suprema de Justicia también es importante que la información dada por el galeno al paciente deba ser:

> *1)Veraz, en cuanto el médico no puede omitir o negar, pues carece de la facultad de decidir lo mejor para el enfermo, si este goza de capacidad de disposición de sus derechos.*
> *2) De buena calidad, mediante una comunicación sencilla y clara, con el fin de que el interlocutor comprenda la patología padecida y el procedimiento a seguir.*
> *3) De un lenguaje comprensible, entendible, pues en muchas ocasiones lo técnico resulta ininteligible, confuso e incomprensible.*

Coherente con lo anterior el galeno también dio cumplimiento a las exigencias anteriormente señaladas por la Corte Suprema de Justicia, toda vez que indicó de forma clara, sencilla y comprensible al paciente y sus familiares, que el procedimiento y medicamentos suministrados podrían presentar riesgos inherentes. No obstante, debe resaltarse, que la fibrosis pulmonar no surgió como causa de éste medicamento. Sin embargo, siguiendo el anterior hilo, se le indicó en todo momento sobre la existencia de posibles riesgos potencialmente difíciles de prever, que le podrían ocasionar la muerte.

En conclusión el paciente y sus familiares, al conocer de forma clara los riesgos inherentes y riesgos no previsibles, tomaron la decisión de autorizar y aceptar la ejecución de los cuidados necesarios, aceptando bajo el principio de autonomía, un resultado aleatorio. Por ende es evidente señor juez, que el consentimiento informado fue de carácter específico y no genérico, tal y como se evidencia en la historia clínica.

3.2. INEXISTENCIA Y/O SOBREESTIMACIÓN DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS:

En el presente caso, es necesario destacar que los perjuicios reclamados por la parte actora a través del presente proceso, como perjuicios inmateriales que corresponden a aquellos aspectos subjetivos negativos que se derivan del acaecimiento del hecho, razón por la cual, no son cuantificables económicamente.

Es así como, desde tiempo atrás, la Corte Suprema de Justicia viene estableciendo límites a la indemnización de los perjuicios inmateriales, que sirven como parámetros orientadores de los jueces y tribunales, para la tasación de los referidos perjuicios en los casos concretos.

Ahora bien, actualmente, como indemnización máxima de los perjuicios morales subjetivos causados a partir de la ocurrencia de un hecho dañoso, la Corte Suprema de Justicia ha establecido la suma de CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE ($40.000.000). Es así como, el monto indemnizable de los referidos perjuicios es para aquellos eventos verdaderamente graves.

De otro lado, conforme la sentencia SU del 28 de Agosto de 2014 proferida por la sala de lo Contencioso administrativo, sección tercera del Consejo de Estado, (CE, S3, 28 ago. 2014, e31172), indica que para efectos de la tasación de la reparaci´n de daño moral en caso de lesión, deberá remitirse a gravedad de la lesión, el cual para los daños a la salud, establece:

REPARACIÓN DEL DAÑO A LA SALUD REGLA GENERAL	
Gravedad de la Lesión	Víctima Directa/ (SMLMV)
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

Por lo anterior, es claro que dicha suma exceda el tope indemnizatorio máximo fijado por la jurisprudencia para la indemnización de estos perjuicios, razón por la cual, no es dable su reconocimiento en la suma reclamada, so pena de atentar contra el principio de igualdad y de proporcionalidad.

EXCEPCIONES DE MÉRITO DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO POR TANTO AUSENCIA DE OBLIGACIÓN DE PAGO DE ASEGURADORA

Atendiendo a que en el presente proceso no se encuentra probado el daño ni el nexo de causalidad entre éste y el actuar de la CLÍNICA FARALLONES S.A. no se puede concluir cosa diferente que EL DEMANDADO no tuvo culpa alguna en el evento dañoso, por lo tanto al no existir responsabilidad ninguna a cargo de éste no procede acción frente a la compañía, ni afectación ninguna de la póliza citada, ni pago ninguna de su parte.

LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA SE ENCUENTRA LIMITADA AL VALOR DE LA SUMA ASEGURADA

Como bien se desprende de la póliza allegada al proceso número: 12/42019, que da cuenta del contrato suscrito entre las partes, la aseguradora se compromete a indemnizar bajo la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica los actos médicos erróneos en la prestación de servicios profesionales.

El despacho deberá tener en cuenta asimismo, que en el evento en que se determine la responsabilidad civil extracontractual en contra de nuestro asegurado en virtud de los hechos acaecidos, la responsabilidad de la aseguradora, se encuentra limitada al valor de la suma asegurada establecida en la referida póliza expedida y más específicamente, a la consagrada para el amparo de responsabilidad civil extracontractual.

En efecto el artículo 1079 del Código de Comercio establece: “El asegurador no estar obligado a responder sino hasta la ocurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto, en el segundo inciso del artículo 1074”.

Así las cosas, es un hecho que la responsabilidad del asegurador se encuentra siempre limitada a la suma asegurada que se pacte en el contrato, sin perjuicio de los

dispuesto en el segundo inciso del artículo 1079 del C..de Co., lo cual hace referencia al reconocimiento por parte del asegurador de los gastos incurridos por el asegurado para evitar la extensión y propagación del siniestro, salvedad que sobra aclarar, no resulta aplicable al presente caso.

Es así como, en el presente caso, con fundamento en las citadas condiciones, es claro que aun en el evento en que se considerara que el hecho acaecido dio lugar al nacimiento de la alegada obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora,el límite de la responsabilidad de la misma estará dado por la suma asegurada del respectivo amparo que se considere afectado.

En consecuencia, y de conformidad con los hechos acaecidos, con las disposiciones legales y con lo establecido en la póliza, CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., no podrá ser condenada a responder más allá de la suma asegurada.

DEDUCIBLE DE LA SUMA ASEGURADA

En adición a lo anteriormente establecido se encuentra precisamente acordado en la póliza RCM 12/42019 un deducible, siendo éste por el monto o porcentaje del daño indemnizable que invariablemente se deduce de este y por lo tanto siempre queda a cargo del asegurado.

Como bien lo establece el artículo 1103 del Código de Comercio: *"las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original".*

De conformidad con lo anterior y de acuerdo a la póliza contratada esta es la suma que siempre debe ser asumida por el asegurado ante la ocurrencia del siniestro y que de acuerdo con las condiciones antes citadas del contrato se fija para cada evento.

De conformidad con lo anterior, queda expresamente consignado para la cobertura de RCM, un deducible general del 10%, mínimo COP$50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

De esta manera la indemnización que se tase en un eventual fallo desfavorable, para efectos del pago de la CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., deberá descontar del total a indemnizar el deducible pactado y detallado en el párrafo anterior.

GENÉRICA E INNOMINADA

Fundamentada en cualquier hecho o circunstancia exceptiva que resulten probados en el proceso y en virtud de las cuales la Ley considere que la obligación no nació o se extinguió, conforme a lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, ruego al Despacho pronunciarse oficiosamente.

Lo anterior, teniendo en cuenta que al momento de recibir esta convocatoria al proceso, se desconoce hechos tanto para el señor Juez, como para este apoderado y que pueden ser allegados al expediente durante el desarrollo del mismo, solicito que

si al momento de llevar a cabo el análisis de juzgamiento, se encuentran elementos procesales recaudados que puedan dar lugar a la constitución de una excepción para el pago de la indemnización solicitada por los demandantes y que no hayan sido expresamente citados en esta contestación, sea reconocida la excepción que ellos configuren y más aún teniendo en cuenta la naturaleza del vínculo que une a las partes, el cual consta en los documentos y acuerdos celebrados entre las partes, se despache desfavorablemente la solicitud de indemnización pedida.

5. PRUEBAS

5.1. SOBRE LAS PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE.

5.1.1 DOCUMENTALES Y TESTIMONIALES
Con todo respeto desde ya solicito que todas y cada una de las pruebas documentales (declarativos y dispositivos provenientes de terceros) que aporte o llegue a aportar la parte demandante sean apreciadas de conformidad con lo establecido en las disposiciones probatorias, esto es, si son debidamente ratificadas.

5.2. SOBRE LAS PRUEBAS DEL SUSCRITO

5.2.1 DOCUMENTALES
- Copia de la Póliza número 12/42019
- Poder debidamente autenticado.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de Chubb Seguros de Colombia S.A.

5.2.2. INTERROGATORIO DE PARTE:
Solicito a su Despacho se sirva ordenar el interrogatorio de parte a los demandantes, a quien le haré las preguntas verbalmente durante la audiencia inicial.

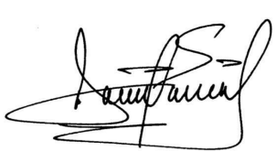
5.2.3. OFICIO:
- Las que su despacho considere pertinentes.

1. NOTIFICACIONES

Las partes en las direcciones consignadas en la demanda.

El suscrito las recibirá en la Secretaría de su Despacho o en la Calle 35 No. 17 -56 Oficina 804 Edificio Davivienda de la ciudad de Bucaramanga. En los Correos Electrónicos: juridica@arenasochoa.com

De la Señora Juez,



SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS
C.C. No. 13.543.602 de Bucaramanga
T. P. No. 162.416 del C. S. de la J.

Elaboró: Claudia Carvajalino

Calle 35 No. 17-56 Piso 8 Edificio Davivienda / teléfono 6334454/ 3162584882
Bucaramanga. juridica@arenasochoa.com

Reparto
sanciones disciplinarias 5
SENTENCIAS DE VARIAS JURI... 1
TRIBUNAL SUPERIOR 30
Borradores 324
Elementos enviados 68
Elementos eliminados 144
OFICIOS FIRMADOS ELECTRON...
PENDIENTES 1
Correo no deseado 9
Archive
Notas
ACTAS REMITIDAS AL TRIBUN... 2
CORREOS ENVIADOS A REPART...
PROCESOS
Correos de procesos devueltos
CORREOS REMITIDOS POR C...
TUTELAS O INC DE DESACATO
correos enviados a reparto tut...
Archivo 1
BANCO AGRARIO AUTORIZA... 20
COMUNICACIONES ARL POSIT... 5
COMUNICACIONES DESAJ 27
CORREOS DE PROCESOS QUE N...
CORREOS ELECTRÓNICOS PAR... 2
CORRESPONDENCIA FÍSICA ... 30
COVI19
DEPOSTIOS JUDICIALES A PRESC...
DIGITALIZACION
Elementos infectados

Re: Contestación Clínica Farallones a reforma de demanda - 2019-279 PARTE 1

Parte del contenido de este mensaje se ha bloqueado porque el remitente no está en la lista de remitentes seguros. Confío en el contenido de lfelipegg@gmail.com. | Mostrar contenido bloqueado

L **luis felipe giraldo gomez <lfelipegg@gmail.com>**

Jue 03/12/2020 11:50

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Valle Del C

CONTESTACION CLINICA FAR...
13 MB

Cordial saludo,

El mensaje anterior contiene el documento en PDF, no obstante por el tamaño del mismo fue subido al drive pero basta con hacer click en el enlace para descargarlo.

No obstante lo anterior, procedo igualmente a enviar el documento contentivo de la contestación de la demanda reformado dividido en 2 partes para que pueda pasar el archivo.

CON ESTE CORREO ENVIÓ LA PRIMERA PARTE PAG 1 A LA 25.

En el siguiente correo envío la segunda parte pág 26 a 50

Atentamente,

LUIS FELIPE GIRALDO GÓMEZ

DIGITALIZACION
Elementos infectados
GRABACIONES AUDIENCIAS J... 14
Historial de conversaciones
Elementos infectados
HOJAS DE RUTA PROCESOS 10C...
IMPUGNACIONES ENVIADAS ... 9
TUTELAS ENVIADAS A LA C... 18
Infected Items
JURISPRUDENCIA CONFLICTOS ...
LIQUIDACIONES 19
MEMORIALES PROCESOS 30
REPARTO PROCESOS
sentencias tribunal importan... 1
MEMORIALES TUTELAS 6
PARA NOTIFICACIONES
confirmaciones de entrega 80
PARA ESTADO 10
REMATES
REMITIDOS SUPERSOCIEDADES
REPORTE DE NUMERO DE ING... 2
RESPUESTAS AUTOMÁTICAS ... 14
Suscripciones de RSS
teams
TUTELAS DEVUELTAS DE LA COR...
TUTELAS IMPUESTO 3
Carpeta nueva
Archivo local:Juzgado 10 Civil Cir...
Grupos

Re: Contestación Clínica Farallones a reforma de demanda - 2019-279 PARTE 2

Parte del contenido de este mensaje se ha bloqueado porque el remitente no está en la lista de remitentes seguros. Confío en el contenido de lfelipegg@gmail.com. | Mostrar contenido bloqueado

L **luis felipe giraldo gomez <lfelipegg@gmail.com>**

Jue 03/12/2020 11:53

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Valle Del C

CONTESTACION CLINICA FAR...
14 MB

Cordial salud,

REMITO SEGUNDA PARTE DE LA CONTESTACIÓN A LA DEMANDA REFORMADA PAG 26 A LA 50.

Atentamente,

LUIS FELIPE GIRALDO GÓMEZ

El jue, 3 dic 2020 a las 11:49, luis felipe giraldo gomez (<lfelipegg@gmail.com>) escribió:

> Cordial saludo,
>
> El mensaje anterior contiene el documento en PDF, no obstante por el tamaño del mismo fue subido al drive pero basta con hacer click en el enlace para descargarlo.
>
> No obstante lo anterior, procedo igualmente a enviar el documento contentivo de la contestación de la demanda reformado dividido en 2 partes para que pueda pasar el

Re: Contestación Clínica Fa... (Sin asunto)

LUIS FELIPE GIRALDO GÓMEZ

MAGISTER EN DERECHO "RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL, EXTRACONTRACTUAL, CIVIL Y DEL ESTADO". ESPECIALISTA EN "DERECHO PROCESAL CIVIL"
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
lfelipegg@gmail.com

Cali, diciembre 3 de 2020

Señor (a)
JUEZ DIEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
Dra. Mónica Méndez Sabogal

E.S.D

Proceso: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
Demandante: OLGA PATRICIA FRANCO GALVIS Y OTROS
Demandado: CLINICA FARALLONES Y OTROS
Radicado: ***2019-279***
Referencia: Contestación reforma de demanda.

LUIS FELIPE GIRALDO GÓMEZ, mayor de edad, y residente en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 75.095.094 de Manizales, abogado graduado e inscrito, portador de la tarjeta profesional número 137.042 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de la demandada CLINICA FARALLONES S.A, en atención a lo dispuesto mediante auto interlocutorio No 360, respetuosamente procedo a contestar la reforma de la demanda.

En atención a que en el escrito de reforma no se modifican hechos o pruebas presentadas, me permito ratificarme en la contestación a los mismos, en las pruebas solicitadas y en los llamamientos en garantía realizados a CHUBB SEGUROS S.A y ALLIANZ S.A, conforme documentos radicados el pasado 4 de septiembre de 2020.

Así las cosas, procedo a contestar la demanda reformada, de la siguiente manera:

I- RESPECTO A LAS DECLARACIONES Y PRETENSIONES DE CONDENA DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las declaraciones y pretensiones de condena de la demanda, por lo cual solicito de manera respetuosa sean DESESTIMADAS, en atención a que carecen de fundamentos de hecho y de derecho que las sustenten; tal como se demostrará en el transcurso de este proceso, la CLINICA FARALLONES S.A., ha cumplido a cabalidad con las obligaciones legales y contractuales que le eran predicables respecto de la atención en salud brindada a la Sra. CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD), al punto que se le dispensó un servicio adecuado, diligente, prudente y oportuno, poniendo a su disposición todo un equipo de profesionales idóneos, y cada uno de los recursos con que cuenta dicha institución como entidad prestadora de servicio en salud, la cual se encuentran debidamente habilitadas por la Secretaría departamental y Distrital de salud del Valle del Cauca.

Con fundamento en lo anterior, lo cual quedará plenamente acreditado con las excepciones y las pruebas que se van a hacer valer en favor de mí prohijada, manifiesto que:

1- **A LA PRETENSIÓN GENÉRICA DEL CAPITULO 3. NRO 3:** Solicito al Señor (a) Juez respetuosamente DESESTIMAR TOTALMENTE esta solicitud de declaración de responsabilidad civil solidaria, en atención a que no se presentan en este caso la prueba de los elementos que

permitan configurar una responsabilidad civil en cabeza de CLINICA FARALLONES S.A, toda vez que mi prohijada actuó como le era exigible en la atención brindada a la paciente CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD), no existe un error médico, no había contraindicación con el medicamento AMIODARONA, y por ello no existe culpa alguna en los profesionales que la atendieron.

2- A LAS PRETENSIONES ESPECÍFICA DE PERJUICIOS NRO 3.1, 3.1.1, 3.1.2: Solicito al Señor (a) Juez respetuosamente DESESTIMAR TOTALMENTE esta solicitud de condena por perjuicios inmateriales, en tanto al no existir UN DAÑO que pueda ser atribuido la conducta asumida por los profesionales que atendieron al paciente a cargo de mi representada, se hace imposible acceder a esta pretensión.

Así las cosas, ante la ausencia de la existencia de una responsabilidad civil contractual o extracontractual, en cabeza de mi mandante, no puede nacer la obligación de indemnizar, de tal manera que por sustracción de materia, los perjuicios inmateriales solicitados, carecen de causa o de un título válido, que permitan predicar de la CLINICA FARALLONES S.A, la pretendida obligación de entrar a repararlos.

II- ***RESPECTO A LOS HECHOS EN LOS QUE SE FUNDAN LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA***

Los contesto en el mismo orden empleado en la demanda, además lo hago con fundamento en lo consignado en la Historia Clínica de la paciente aportada por los accionantes y la que se aporta con la presente contestación:

Al hecho Nro. (2.1): NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA como estaba conformada la familia de la paciente, estos son temas que deberán ser objeto de prueba en el presente proceso.

Tampoco le consta lo relacionado con la afiliación de la paciente a su EPS por ser hechos totalmente ajenos a su ámbito de competencia y funciones; no obstante, según la historia clínica de la paciente CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD) que fuere aportada a la demanda, se da cuenta que la misma fue atendido a través de la EPS COOMEVA S.A.

Al hecho Nro. (2.2): NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA lo relacionado con las consultas que la paciente haya recibido en COOMEVA EPS; son hechos totalmente ajenos a su ámbito de competencia y funciones.

Pese lo anterior, y aunque la transcripción de la historia clínica de las atenciones de COOMEVA EPS no es completa, se puede decir que lo allí consignado corresponde a registros de la historia clínica.

El resto de lo relatado ES PARCIALMENTE CIERTO; si bien la relación de las atenciones recibidas en la CLINICA FARALLONES S.A., a partir del 25 de marzo de 2013 son ciertas, también debe decirse que los mismos no son completos, son transcripciones parciales, por lo cual puedan estar presentadas fuera de contexto.

Así las cosas, en este punto no hay ningún análisis de lo descrito, ni una imputación de responsabilidad a mi mandante, sólo son transcripciones parciales de atenciones brindas en la CLINICA FARALLONES SA., y registradas en la historia clínica.

Al hecho Nro. (2.3): SON CIERTOS LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA; pero es necesaria una contextualización del caso.

Resulta prudente tener en cuenta que, para enero del año 2014, la paciente CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD) tenía 79 años; presentaba antecedentes médicos de demencia tipo Alzheimer, enfermedad pulmonar, anticoagulación por postración previa, reemplazo de cadera y **posible enfermedad cardiaca, que fue confirmada posteriormente.** Ya había sido valorada en diversas oportunidades en la Clínica Farallones por varias patologías.

A su ingreso a urgencias el **día 12 de enero de 2014**, se consignó en la historia lo siguiente:

> **"ENFERMEDAD ACTUAL**
>
> PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ARTROSIS, OSTEOPOROSIS , REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERAS BILATERAL , QUE INGRESA EN AMBULANCIA TRAIDA POR MEDICO DE EMI PORQUE HOY A LAS 12:00 DEL DIA PRESENTO MAREOS, BORRACHERAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA , ACOMPAÑADO DE PÁLPITACIONES , NO REFIERE DOLOR TORAXICO, NO DISNEA . HACE 3 DIAS ESTUVO EN CONSULTA MEDICA CON MEDICO TRATANTE Y LE AUSCULTARON ARRITMIA CARDIACA ASINTOMATICA . HOY LE TOMAN EKG QUE REPORTA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR LENTA , SIN EVIDENCIA DE SIGNOS ISQUEMICOS AGUDOS"[1]

Luego de hacer el examen físico, de tomar un (EKG) electrocardiograma, y de hacer interconsulta con médico internista de turno, se considera:

> "Analisis:
>
> PACIENTE CON CUADRO DE ARRITMIA CARDIACA DE NOVO TIPO FA DE RESPUESTA VENTRICULAR LENTA , QUE SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO , TOMA DE PARACLINICOS . SE VALORA CON EL DR VICTORIA (M. INTERNISTA DE TURNO) , QUIEN ORDENA MANEJO CON AMIODARONA 200 MG VO CADA 12 HORAS , ENOXAPARINA 60 MG SC / DIA Y LA REVALORA CON RESULTADOS DE LABORATORIO ."[2]

Así las cosas, lo registrado en la historia clínica en la consulta **del 12 de enero de 2014**, da cuenta de que la paciente estaba cursando un cuadro clínico de Fibrilación Auricular, un trastorno del ritmo cardiaco que predispone a presentar embolismos cerebrales.

Para claridad del despacho, la literatura médica aportada por los accionantes sobre **FIBRILACION AURICULAR (página medlineplus),** indica lo siguiente

> "Una arritmia es un problema con la velocidad o el ritmo de los latidos del corazón. **La fibrilación auricular es el tipo más común de arritmia causada por un problema en el sistema eléctrico del corazón**.
>
> A menudo las personas con fibrilación auricular no se dan cuenta de los síntomas. Pero usted puede sentir:

- Palpitaciones, latidos anormales o rápidos
- Falta de aire
- Debilidad o dificultad al ejercitarse
- Dolor en el pecho

[1] Folio n° 36, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[2] Folio n° 36, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

- Mareos o desmayos
- Cansancio
- Confusión

La fibrilación auricular puede conducir a un riesgo mayor de ataque cerebral. En muchos pacientes, también puede provocar dolor en el pecho, ataque al corazón o fallo cardíaco.

Los médicos diagnostican la fibrilación auricular estudiando la historia familiar y médica, un chequeo físico y un examen llamado electrocardiograma que analiza las ondas eléctricas del corazón. Los tratamientos incluyen medicinas y procedimientos para restablecer el ritmo normal."[3] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Para claridad del despacho, la literatura médica aportada por los accionantes sobre **FIBRILACION AURICULAR – SÍNTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO, cuyo autor es el Dr. Pedro Pinheiro,** se indica lo siguiente

"Control de la frecuencia cardíaca

En los casos de fibrilación auricular de larga duración en los pacientes ancianos con corazón ya muy enfermo, la cardioversión generalmente no es utilizada porque su tasa de éxito es baja. En estos casos, el tratamiento visa solamente controlar la frecuencia cardíaca. Como la mayoría de los síntomas de FA es debido a la taquicardia, cuando mantenemos el paciente con frecuencias por debajo de 100 pulsaciones por minuto, la fibrilación auricular se convierte en asintomática. **El control de la frecuencia cardíaca es alcanzado con medicamentos. Los más usados son amiodarona, propafenona, digoxina, diltiazem, verapamil o metoprolol.**

Anticoagulación

Todos los pacientes con fibrilación auricular deben ser tratados con medicamentos anticoagulantes para prevenir la formación de coágulos en la aurícula izquierda. El medicamento más comúnmente utilizado es la Warfarina. "[4] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Como se indica en la literatura médica reseñada, los médicos que atendieron a la paciente **el 12 de enero de 2014**, hicieron exactamente lo que estaba recomendado, por ello, decidieron enviar medicamentos anticoagulantes para evitar la formación de trombos (Warfarina). También se decide iniciar tratamiento con un medicamento para el control de la frecuencia cardiaca, AMIODARONA, el cual tiene indicación médica para este tipo de patologías.

RESPECTO A LA PRESCRIPCIÓN DE AMIODARONA: Para mayor claridad del despacho, se sustenta con literatura médica, que la prescripción en este caso del medicamento **AMIODARONA**, estaba totalmente indicado, pues constituye el medicamento de elección en los casos de pacientes con fibrilación auricular.

Así, en el artículo denominado **CONSENSO DE FIBRILACIÓN AURICULAR**, de la Sociedad Argentina de Cardiología, se dice sobre esta patología en el preámbulo lo siguiente:

"La fibrilación auricular (FA) representa uno de los principales problemas médicos sanitarios a nivel mundial, no solo por su morbimortalidad asociada sino también por los elevados costos sanitarios que

[3] Fibrilación auricular, ver en: https://medlineplus.gov/spanish/atrialfibrillation.html. Anexo (02) aportado por los demandantes.
[4] Fibrilación auricular – síntomas, causas y tratamiento, cuyo autor es el Dr. Pedro Pinheiro Anexo (04) aportado por los demandantes.

conlleva, principalmente relacionados con los recursos destinados a la hospitalización y medicación. Los pacientes con fibrilación auricular tienen un riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular entre dos y siete veces mayor que los sujetos sin FA; por otra parte, esta arritmia puede conducir a insuficiencia cardíaca."

Luego en la página 5 se indica sobre el tratamiento con AMIODARONA:

"En cuanto a las terapias farmacológicas, poco hay de nuevo en los últimos años, ya que el arsenal terapéutico no se ha modificado demasiado. El advenimiento de nuevas drogas como dronedarone, no ha demostrado superioridad con respecto a las ya conocidas. **La amiodarona continúa siendo un excelente recurso, con una tasa de éxito vecina al 70% en la reversión a ritmo sinusal mediante el uso intravenoso, o con el tratamiento por vía oral para evitar las recidivas**."[5]

Debe quedar muy claro que la administración de Amiodarona, es el tratamiento estándar, pues constituye un medicamento muy efectivo para el tratamiento de la fibrilación auricular y para evitar reapariciones de este trastorno del ritmo cardiaco. No obstante, como todo medicamento tiene riesgos de toxicidad sobre varios sistemas y órganos, pero ello no implica que no pueda ser usado.

En un estudio de un caso de un paciente de 80 años de edad, que no tenía antecedentes de enfermedad pulmonar, se le administró AMIODARONA y aun así presentó un cuadro de fibrosis, sin que ello signifique en ese caso, ni tampoco en el de la Sra. Galvis (QEPD), la presencia de una conducta violatoria de la *lex artis* por haber prescrito este medicamento.

En este artículo titulado, **FIBROSIS PULMONAR AGUDA POR TRATAMIENTO CON AMIODARONA EN UN PACIENTE OCTOGENARIO,** aportado por los demandantes**,** se indica que muchos fármacos pueden producir afectaciones al pulmón, se conocen cerca de 150 que producen este efecto; en el caso de la AMIODARONA el riesgo **es de 1 a 2%** y va a depender directamente de la dosis, de tal forma que a dosis menor de 400 miligramos al día este es el riesgo, y en dosis más altas y con tratamientos por largo tiempo, puede aumentar el riesgo de 5 a 15%. Así se expresa en el estudio:

"Se ha descripto que más de 150 fármacos pueden producir enfermedad pulmonar aguda o subaguda y, rara vez se conoce el mecanismo, pero se piensa que muchos de éstos provocan una respuesta de hipersensibilidad de los tejidos afectados.

Los efectos adversos se describen en el 75% de los pacientes tratados con amiodarona durante 5 años, pero solo obligan a interrumpir su consumo en el 18 al 37%3.

La prevalencia de la afección pulmonar por consumo de amiodarona varía entre el 2 y el 15 %. ***La presencia y grado de afectación, varía de acuerdo a la dosis de mantenimiento del fármaco, con dosis menores a 400 mg/día la probabilidad de compromiso pulmonar es del 1 al 2 %, mientras que aumenta al 5 a15 % con dosis superiores a 400 mg/día***" [6]

Adicionalmente en este caso se plantea que lo general es que la reacción tóxica se presente luego de un año de tratamiento y con dosis altas, pero no es normal o usual que se presente a los dos meses, ni mucho menos en tiempo más corto.

---

[5] Consenso De Fibrilación Auricular. Sociedad Argentina de Cardiología. Área de Consensos y Normas. Ver en: https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2015/07/consenso-de-fibrilacion-auricular-2015-1.pdf. Anexo (03) aportado por los demandantes.

[6] Fibrosis pulmonar aguda por tratamiento con Amiodarona en un paciente octogenario. A propósito de un caso. Ver en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/366. Anexo (10) aportado por los demandantes.

"Existe un mayor número de casos reportados de afección pulmonar por amiodarona de tipo insidiosa, **cuya presentación fue después de un año de tratamiento con dosis de moderadas a altas**, y es el que más frecuentemente podríamos encontrar en la práctica diaria. Pero existen pocos casos reportados sobre afección aguda con síntomas que se presentan antes de los 2 meses de tratamiento, que comúnmente se asocian a cuadros de sepsis de foco respiratorio o infecciones no complicadas de la vía aérea. Pero no se halló evidencia de casos reportados sobre afección aguda de menos de 5 días como fue nuestro caso en cuestión."[7]

Por último basta tener en cuenta la ecografía ordenada a la paciente el **12 de enero de 2014** por parte del médico internista de la CLINICA FARALLONES, Dr. CARLOS ALBERTO VICTORIA CARVAJAL, cuyo resultado fue registrado en la historia clínica de la **consulta del día 17 de enero de 2014** en la institución ANGIOGRAFIAS DE OCCIDENTE S.A, con el *Dr. Carlos Contreras Zuñiga*, médico cardiólogo, en donde se deja claro que la paciente cursaba con un cuadro compatible con una falla cardiaca. Así se lee en dicho registro:

RESIDENCIA: CR 64A NO 170 AP 215 TORRE 4	VALLE DEL CAUCA-CALI	**TELEFONO:** 3840584-3007628303
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**	**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 17/1/2014 - 13:19:44	**FECHA EGRESO:** 17/1/2014 - 13:45:56	**CAMA:**
DEPARTAMENTO: 100221 - CONSULTA EXTERNA	**SERVICIO:** AMBULATORIO	
CLIENTE: ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE S.A.	**PLAN:** ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE S.A.-EVENTO COOMEVA EPS	

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y EFERMEDAD ACTUAL
2014-01-17	13:48 ASR - ADRIANA SALCEDO RODRIGUEZ **MOTIVO DE CONSULTA :** "ME REMITIERON PARA VALORACION" **ENFERMEDAD ACTUAL :** Pcte femenino 70 años, quien remiten para valoración. Con antecedentes 1. Demencia senil 2. Extabaquismo 3. Protesis de cadera. Familiar quien refiere hace 5 días diagnosticaron Fibrilación auricular, actualmente anticoagulada con warfarina 5mg dia, amiodarona 200mg dia, memantina 20*2, ketiapina, sin sangrados En el momento niega dolor precordial, disnea y palpitaciones. Realiza actividad física ocasional. Trae eco TT (ene/2014) VI no dilatado ni hipertrófico, FE50%, severa dilatación AI y moderada derecha, leve esc erosis valvular mitral con insuficiencia moderada a severa, HTP moderada, insfuciencia tricuspidea severa, ateromatosis aortica.

Esta condición compatible con una falla cardiaca, es corroborada por el mismo perito de los demandantes, quien en la respuesta nro 1 del dictamen, hace un resumen del estado de la paciente, y confirma lo consignado en este caso, en la historia.

Conforme a lo anterior, debe tenerse en cuenta lo dicho en la literatura médica, artículo titulado: **Fibrilacion auricular Tratamiento farmacologico de la fibrilacion auricular. Antiarritmicos y anticoagulantes orales, autores Juan Cosin-Salesa, y Juan Jose Olallab,** que fuere aportado por los demandantes, en donde se deja claro que para pacientes con insuficiencia cardiaca, el uso de la amiodarona, es la única opción de tratamiento, además de ser el medicamento más eficaz:

"Amiodarona

Ejerce su acción antiarritmica en múltiples canales (sodio, potasio y calcio). **Es el antiarritmico más eficaz en la reducción de recidivas de FA**; **de hecho, en distintos estudios se ha mostrado superior a los fármacos de clase I, a sotalol y a dronedarona**. No obstante, presenta gran cantidad de efectos adversos sistémicos (pulmonar, hepatico, tiroideo, muscular) que se debe tener en cuenta a la hora de prescribirlo, especialmente a jóvenes, ya que su toxicidad es acumulativa.

[7] Fibrosis pulmonar aguda por tratamiento con Amiodarona en un paciente octogenario. A propósito de un caso. Ver en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/366. Anexo (10) aportado por los demandantes

> Dada la tendencia actual con el uso de los antiarritmicos a minimizar los efectos adversos, es prudente dejar la amiodarona como fármaco de segunda elección, **salvo para pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), para los que se convierte en la única opción**."[8] (Resaltado y subraya fuera del texto)

En conclusión, el riesgo de toxicidad en el pulmón por el medicamento es relativamente bajo, **de 1 a 2% con dosis bajas menores de 400 mg al día**. En el caso de la señora Galvis (QEPD), esta es precisamente la dosis que estaba recibiendo, de 200 mg dos veces al día; es decir, tenía una dosis terapéutica normal de 400 mg al día.

No existe entonces una dosificación inadecuada o exagerada en el presente caso, y el riesgo de la complicación resultaba bajo, si lo comparemos con los porcentajes de riesgo de otros medicamentos, por ejemplo, con la ASPIRINA, en donde el riesgo de sangrado intestinal es de 3% y en mayores de 70 años aumenta al 12% de tener un sangrado digestivo; a pesar de esto, la aspirina sigue siendo usada y se emplea en los casos en donde hay indicación médica.

Y no menos importante, al estar la paciente cursando un cuadro compatible con insuficiencia cardiaca, la literatura deja claro **QUE EL USO DE LA AMIODARONA, ERA LA ÚNICA OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN SU CASO.**

Al hecho Nro. (2.4): NO ES CIERTO TAL Y COMO SE COMENTA; además lo relatado en este punto corresponde a apreciaciones subjetivas carentes de todos sustento probatorio y científico, de tal manera que será carga del actor probar su dicho conforme al artículo 167 del CGP

Para dejar claro este tema, conviene revisar bien las notas en la historia clínica, las cuales dan cuenta de que lo dicho por los accionantes en este punto **NO ES CIERTO**, pues la Señora Galvis (QEPD) y a su familia, se le dieron las explicaciones e indicaciones de la anticoagulación, además se le dejó presente la necesidad de seguimiento estricto de la misma.

Así quedo registrado en la historia clínica:

"Analisis subjetivo.

> PACIENTE CON FA DE NOVO - ASOCIADO A CARDIOMEGALIA Y CEFALIZACION DEL FLUJO OBSERVADO EN RX DE TORAX - PACIENTE Y FAMILIAR (HIJA) NIEGAN PRESENCIA DE DISENEA -TIENE AL PARECER EVENTO CORONARIO ANTIGUO SILENTE PLAN : ECOCARDIOGRAMA BD TRANSTORACICO - **ANTICOAGULACION CON HEPARINA SC INCIALMENTE Y WARFARINA - DEBE TENER CONTROL DE LA ANTICOAGULACION SE DAN ORDNES EN INDICACION DE EXAMENES DE CONTROL - VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA**"[9] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Como puede verse se dejó consignado expresamente que la paciente: "*DEBE TENER CONTROL DE LA ANTICOAGULACION. SE DAN ORDENES INDICACION DE EXAMENES DE CONTROL. VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA*".

Esto fue además corroborado en la anotación del plan de manejo, en donde el médico internista Dr. *CARLOS ALBERTO VICTORIA CARVAJAL*, consignó:

> **"PLAN DE MANEJO**

[8] Fibrilacion auricular Tratamiento farmacologico de la fibrilacion auricular. Antiarritmicos y anticoagulantes orales, autores Juan Cosin-Salesa, y Juan Jose Olallab, Anexo (P07) aportado por los demandantes.
[9] Folio n° 38, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

1 AMP SUBCUTANEA DIA

3 HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 60MG/0.6ML SOLUCION INYECTABLE CLEXANE - CUM INACTIVO Subcutaneo

1 TAB DIA

30 WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA COUMADIN Oral 1 TAB DIA

30 AMIODARONA CLORHIDRATO 200 MG TABLETA CORDARONE Oral

DEBE EFECTUARSE EXAMENES DE COAGULACION EN 3 DIAS Y REPETIR EN 5 DIAS : TIEMPO DE PROTROMBINA - PTT ESTOS EXAMENES DEBEN SER REVISADO POR EL MEDICO QUE REGULE EL MEDICAMENTO (ANTICOAGULANTE) WARFARINA."[10] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Lo anterior también se encuentra consignado en **el folio No 38 asociado,** en donde se dan las ordenes medicas; este documento fue aportado como anexo por parte de los demandantes, el cual puede verse a en el folio nro. 68 del pdf anexado.

En este registro se da cuenta que en el punto 5,6 y 7, se repiten las recomendaciones e indicaciones médicas para que la paciente y su familia puedan saber cómo deben actuar ante el tratamiento instaurado:

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion:	Urgencias_Observacion
Detalle:	1- AMIORADONA 200 MG DIA 2- HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 60 MG DIA POR 3 DIAS 3- WARFARINA 5MG DIA 4- ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL TT 5- T DE P Y PTT EN 72 HORAS Y NUEVAS PRUEBAS EN 5 DIAS 6- VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y/O CARDILOGIA 7- MANEJO AMBULATORIO

Para ahondar en explicaciones e informaciones, está también el registro de enfermería **del día 12 de enero de 2014 a las 19:00 horas**, por parte de la enfermera *Andrea Milena Durán García,* quien al darle salida la paciente de la CLINICA FARALLONES, consignó:

"**SUBJETIVO-OBJETIVO**

PACIENTE QUE ES VALORADA POR MEDICINA INTERNA CON REPORTE DE LABORATORIOS ,**MEDICO DA ORDEN DE SALIDA CON CONTROL.SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR SE RETIRA ACCESO VENOSO Y SALE POR SUS PROPIOS MEDIOS.**

ANALISIS-PLAN

DEBE EFECTUARSE EXAMENES DE COAGULACION EN 3 DIAS Y REPETIR EN 5 DIAS : TIEMPO DE PROTROMBINA – PTT ESTOS EXAMENES DEBEN SER REVISADO POR EL MEDICO QUE REGULE EL MEDICAMENTO (ANTICOAGULANTE) WARFARIN."[11] (Resaltado y subraya fuera del texto)

No hay duda entonces, **que el día 12 de enero de 2014** se le explicó a la paciente y a su familiar (hija) sobre la necesidad de control de la anticoagulación, la necesidad de los exámenes

[10] Folio n° 38, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[11] Nota de enfermería del 12 de enero de 2014 a las 19:00 horas. Ver folio 36 del pdf que se aporta con la contestación.

permanentes, así como el seguimiento que debía tener con su médico tratante de manera ambulatoria.

Pero las explicaciones no quedaron ahí, en otros apartes de la historia se encuentran los mismos datos, donde se les indica a la paciente y a su familiar tanto la medicación como la necesidad de controles para mantener su INR o índice de anticoagulación entre 2 y 3.

Así se puede ver en lo consignado en la historia clínica de la atención en ANGIOGRAFÍA DE OCCIDENTE, **en la consulta del día 17 de enero de 2014**, con el Dr. *EDUARDO CONTRETAS ZUÑIGA* médico internista cardiólogo[12], el cual indica:

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2014-01-17	13:42 ASR - ADRIANA SALCEDO RODRIGUEZ ESPECIALIDAD: CARDIOLOGO Pcte femenino 70 años Dx 1. Demencia senil 2. Extabaquismo 3. Fibrilación auricular permanente 4. Insuficiencia mitral moderada a severa 5. HTP moderada Análisis: pcte con antecedentes descritos, c ase funcional I, RCV bajo, quien hace 1 semana diagnosticaron FA, anticoagulada con warfarina 5mg dia, sin sangrados, debe mantener INR 2-3, trae eco TT (ene/2014) FE50%, severa dilatación AI y moderada derecha, insuficiencia mitral moderada a severa, HTP moderada, insfuciencia tricuspidea severa, quien refiere en ocasiones edema de MIIs, por lo que se inicia furosemida 20mg dia, resto de medicación igual. Se explica a pcte y familiar, se dan recomendaciones medicas, se cita a control con cardiologia en 3 meses con INR control.

Pagina 2 de 2

	Tto warfarina 5mg dia amiodarona 200mg dia furosemida 20mg dia

Fíjese que está claramente consignado que se dan explicaciones, y recomendaciones médicas sobre el manejo de sus medicamentos; no hay duda de que la paciente y su familiar si fueron informados de los riesgos y de los cuidados a seguir con el tratamiento, de tal manera que se desconoce la causa por la cual no siguieron las recomendaciones médicas y la paciente llega de nuevo a la clínica con sobre anticoagulación según registra la historia.

Por último, respecto a la realización del TAC, se debe decir que sí se realizó, pues hace parte de los estudios necesarios para evaluar su condición. Esto solo muestra la diligencia y cuidado del grupo medico en la atención de la señora Galvis (QEPD).

Al hecho Nro. (2.5): NO ES CIERTO TAL Y COMO SE COMENTA; se trata de una apreciación subjetiva carente de sustento científico y probatorio.

De tal manera que no es cierto que "este fármaco lleva a la aparición de fibrosis pulmonar"; esta conclusión no es exacto, no es técnica ni es real.

[12] Puede verse en los folios nro. 69 y 70 del pdf de la historia clínica anexado por los demandantes.

Ya hemos explicado en respuestas anteriores, que existe un riesgo de toxicidad, que va a depender entre otras, de la dosis y del tiempo del tratamiento, por lo cual me remito a todo lo dicho en la respuesta al **hecho 2.3.**

No obstante, vale la pena aclarar que ***Riesgo* no significa *certeza***; por el contrario se opone a ella, de tal manera que decir que este medicamento produce tal enfermedad, no corresponde a la realidad científica ni del caso concreto; menos, cuando la historia clínica demuestra que la Sra. Galvis (QEPD) estaba recibiendo una dosis terapéutica BAJA del medicamento, y no llevaba un año de instauración del tratamiento.

Por ello el Dr. *HENRY ASTUDILLO VASQUEZ,* en la valoración del 2 de abril de 2014, coloca en su historia que la paciente está asintomática, pero suspende el medicamento AMIODARONA porque "puede aumentar su proceso fibrótico", no está diciendo que esa sea la causa confirmada.

> "DIAGNOSTICOS: 1.Demencia tipo alzheimer2.Insuficiencia respiratoria cronica reagudizada3.Cardiopatia con insuficiencia severe bivbalvular tricuspidea y mitral4.HTA5.Poliartrosis6.Reflujo gastroesofagico7.FASUBJETIVO: Paciente que refiere sentirse mejor, con disnea a pequeños esfuerzosOBJETIVO:cardiovascular PA: 121/59 FC:94 FR:20AP:**Paciente estaqble, asintomatica recibe manejo con amiodarona la cual puede aumentar su proceso fibrotico, considero suspender medicamento**PLAN: INR de control e interconsulta por neumologia, suspender amiodarona."[13]

Para claridad del despacho, la literatura médica aportada por los accionantes correspondiente a un caso clínico, titulado **TOXICIDAD PULMONAR POR AMIODARONA,** se indica sobre el riesgo de toxicidad del medicamento, que éste se encuentra relacionado con la dosis y el tiempo de consumo del mismo; además, da cuenta de cual es paso a seguir si se presenta alguna toxicidad:

> "La toxicidad pulmonar por amiodarona (TPA) es un efecto secundario ampliamente conocido de este medicamento; **el cual se correlaciona estrechamente con la dosis total acumulada más que con los niveles de fármaco en suero.** Puede asemejarse a la infección pulmonar, insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar o enfermedad pulmonar restrictiva, por lo que el diagnóstico puede retrasarse si no existe una fuerte sospecha clínica. Se puede manifestar como: neumonitis intersticial crónica, neumonía organizada, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) o una masa pulmonar solitaria. Es un diagnóstico de exclusión, donde la tomografía computarizada (TC) de tórax es una herramienta útil para el diagnóstico. **La interrupción de la amiodarona es el tratamiento primario para la TPA, para los pacientes con toxicidad pulmonar sintomática, los esteroides sistémicos pueden ser valiosos."**[14] (Resaltado y subraya fuera del texto)

No hay duda que en el presente caso, ante la sospecha de la ocurrencia de un riesgo de toxicidad, se tomaron las conductas que la propia literatura médica indica.

Todo tratamiento sea quirúrgico, farmacológico, terapéutico, etc., conlleva riesgos; no existe un acto médico que no conlleve un riesgo, pero ello no significa que su realización sea una violación de la *lex artis*. De seguir la tesis de los demandantes, ningún medicamento o procedimiento se hubiera podido llevar a cabo para salvar a la paciente de su patología grave, pues todos conllevan la probabilidad de ocurrencia de un efecto secundario.

---

[13] Folio n° 52, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[14] Caso Clínico. Toxicidad pulmonar por amiodarona. Anexo (09) aportado por los demandantes.

Al hecho Nro. (2.6): ES CIERTO; el especialista en neumología Dr. RICARDO PABLO MOSQUERA CHONILLO, deja interrogada la causa de la Enfermedad Pulmonar Intersticial (Neumonía intersticial aguda) presentada por la paciente, y reitera la suspensión de la AMIODARONA.

De igual se forma inicia la administración de Prednisona, un corticoide que permite disminuir el proceso inflamatorio, tratamiento que según la literatura, permite en un 85% de los pacientes, junto con la suspensión del fármaco, tener una mejoría y reversión de la fibrosis pulmonar.

> "*Con respecto al tratamiento, la retirada del fármaco puede ser la única medida terapéutica, si la enfermedad es autolimitada. Sin embargo, con frecuencia es necesario utilizar corticoesteroides.* ***Se ha observado con el empleo de corticoesteroides una mejoría radiológica en un 85% de los casos, con un menor desarrollo de fibrosis en los pacientes con un estadio avanzado de la enfermedad***" [15] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Como puede verse, tanto la identificación del efecto secundario del medicamento como el tratamiento adecuado fueron instaurados a la señora Galvis (QEPD) de forma oportuna.

Al hecho Nro. (2.7): SE CONSIDERAN CIERTOS LOS REGISTROS EN LA HISTORIA CLINICA, de esta atención.

Al hecho Nro. (2.8): NO ES CIERTO TAL Y COMO SE COMENTA; Los registros de la historia se consideran ciertos.

La señora Galvis (QEPD), presentaba una neumonía severa y el 9 de mayo de 2014 empeoró su estado, lo cual hizo recomendable su hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo; no obstante, para ese momento no contaba en la CLINICA FARALLONES con cupo en esta unidad, y por ello se decidió iniciar los trámites para su remisión.

Para contextualizar lo sucedido, vale la pena tener en cuenta lo registrado en la historia clínica **los días 8 y 9 de mayo de 2014**:

-El 8 de mayo a las 18:11, por parte del médico general Dr. *HECTOR FABIO MORENO MINA* se registra lo siguiente:

> **"EVOLUCION**
>
> paciente buenas condiciones genrales afebril hidratada tolera la via oral no fiebre no vomito no dolor toracico cpontrol de troponina negativo. pacietne con buenas condicones genrales afebril hidratada tolerala via oral **no signos de dificultad respiratoria. se comento con el dr muñoz quien considera se debe dar salida y continuar igual manejo ambulatorio. se le explica a los familiares parecen entender y aceptan las recomendaciones."**[16] (Resaltado y subraya fuera del texto)

-El 9 de mayo a las 02:32. por parte del médico general Dr. *LEONES OSORIO EMIRO ANTONIO* se registra lo siguiente:

> **"ENFERMEDAD ACTUAL**
>
> PTE RECONSULTANTE CON HISTORIA CONOCIDA DE PATOLOGIA DE BASE PULMONAR :FIBROSIS PULMONAR+HIPERTENSION PULMONAR+FA+ENF DE ALZHEIMMER **EN TTO QUIEN PRESENTO CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y DESATURACION DE DIFICIL RECUPERACION POR LO**

[15] Fibrosis pulmonar por amiodarona. Ver en: https://www.revistadepatologiarespiratoria.org/descargas/pr_9-2_77-80.pdf.
[16] Folio n° 75, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

> **CUAL ES TRAIDA POR SERVICIO EMI, EL PACIENTE NO FUE COMENTADO.**"[17] (Resaltado y subraya fuera del texto)

De esta nota debe resaltarse que la paciente no fue comentada, lo cual significa que fue llevada por el servicio de URGENCIAS EMI, sin haber consultado si existía disponibilidad de camas en caso de requerir una unidad de cuidados intensivos.

-El 9 de mayo a las 11:49, por parte del médico general Dr., *WILLIAM ANGELLO ANGULO GIL,* se registra lo siguiente:

> **"OBSERVACIONES Y OTROS**
>
> Rx Torax : Hay discreto reforzamiento del intersticio . se observan multiples opacidades intersticiales de tipo vidrio esmerilado que comprometen ambos parenquimas pulmonares . no derrames . Hay crecimiento de las cavidades cardiacas derechas e izquierdas . Hilios sin lateraciones . No se determinan masas o nodulos . **PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS , SE VALORA CON LA DRA LARRAÑAGA (M. INTERNISTA DE TURNO), QUIEN ORDENA HOSPITALIZACION EN HOME CARE CON AMPICILINA /SULBACTAM 1.5 GR AMP EV + CLARITROMICINA 500 MG VO , OXIGENO DOMICILIARIO , TERAPIA RESPIRATORIA 2 VECES AL DIA , VISITA MEDICA (2).**"[18] (Resaltado y subraya fuera del texto)

-El 9 de mayo a las 14:08, por parte de la médico general Dra. *NATALIA ANDREA SUÁREZ AVELLANEDA,* se registra lo siguiente:

> **"EVOLUCION**
>
> PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SINDROME MENTAL ORGANICO + FIBROSIS PULMONAR + HIPERTENSION PULMONAR SEVERA + HTA + EPID EXACERBADO, **EN QUIEN SE HABIA INDICADO MANEJO POR HOME CARE. LA PACIENTE PRESENTA EPISODIO DE DESATURACION 70%, POR SE DEJA CON VENTURY PERSISTE DESATURADA** , SE INICIA CIPAF, CON SV FC 111 FR 36 PA 100/70 SAT 98%, SE DECIDE CONTINUAR CIPAF, SE ADMINISTRA MIDAZOLAM 2.5MG **Y REVALORACION POR MEDICINA INTERNA.**"[19] (Resaltado y subraya fuera del texto)

-El 9 de mayo a las 18:14, por parte de la médico general Dra. *NATALIA ANDREA SUÁREZ AVELLANEDA,* se registra lo siguiente

> **"EVOLUCION**
>
> PACIENTE CON ANTECEDENTE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, EN EL MOMENTO EXACERBADA POR SOBREINFECCION, SINDROME MENTAL ORGANICO, HIPERTENSION PULMONAR SEVERA, HTA , **QUE PRESENTO EPISODIO DE DESATURACION POR LO QUE SE CANCELO TRAMITE DE HOMECARE. SE VALORA PACIENTE CON DR MUÑOZ (INTERNISTA DE TURNO) QUIEN CONSIDERA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES. CON ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA POR LO QUE SE INDICA IOT Y POSTERIOR TRASLADO A UCI. SE COMENTA PACIENTE CON DR DE LA CRUZ (INTENSIVISTA) QUIEN REFIERE QUE NO HAY DISPONIBILIDAD DE CUPO EN UCI.**
>
> **OBSERVACIONES Y OTROS**
>
> **SE EXPLICA A LOS FAMILIARES REQUIRIMIENTO DE IOT, REFIEREN ACPEPTAR. SE COMENTA PACIENTE CON ALIS CORREA DE CRAUH PARA INICIAR REMISION A INSTITUCION CON**

[17] Folio n° 76, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[18] Folio n° 78, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[19] Folio n° 79, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

DISPONIBILIDAD DE UCI, REFIERE QUE RESPONDERA CUANDO TENGA RESPUESTA."[20] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Como se puede ver, está registrado el trámite para hacer la remisión de la paciente a otra institución que tenga disponibilidad de UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, y es el CRAUH el que determina a donde se debe llevar la paciente.

-El 9 de mayo a las 19:09, por parte de la médico general Dra. *NATALIA ANDREA SUÁREZ AVELLANEDA,* se registra lo siguiente

"EVOLUCION

RECIBO LLAMADA DE DIANA ACEVEDO DEL CRAUH, QUIEN ME COMUNICA QUE LA PACIENTE FUE ACEPTADA EN LA UCI CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, POR EL DR BORJA CON EL CODIGO DE ACEPTACION JM0905605.

OBSERVACIONES Y OTROS

PENDIENTE IOT PREVIO A TRASLADO, SERA REALIZADO POR DR MUÑOZ (INTERNISTA)."[21] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Respecto al traslado de la paciente, se debe decir que no es cierto que la ambulancia no haya sido medicalizada; por el contrario, tal y como se registra en la historia clínica esta era la característica de la ambulancia en la que fue remitida.

-En las notas de enfermería[22] se registra:

solucion salina.

HORA:	21:00:00	TITULO:	TRASALDO	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANÁLISIS-PLAN		
pcte sale remitiad en traslado en ambulancia medicalizada para clinica rosario en compañaide de personla de medical grup y fmailaires con acceso0s venoso permeables con sedacion y soporte ventilatorio con IOT			TAMAYO GIRALDO HEIDY YOHANNA		

CONTROL DE MEDICAMENTOS

-El 9 de mayo a las 23:56, por parte del médico general Dra. WALTER ALI BACARET CARDENAS, se registra lo siguiente

"EVOLUCION

PACIENTE DE 79 AÑOS CON MULTIPLES COMORBILIDADES, FALLA CARDIACA, ENFERMEDAD PULMONAR INTESTICIAL , FIBROSIS PULMONAR, HIPERTENSION PULMONAR, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER QUIEN PRESENTO CUADRO DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA QUE POSTERIORMENTE PRESENTA CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA QUE PROGRESA A FALLA VENTILATORIA **POR LO QUE ES NECESARIO INTUBACION OROTRAQUEAL. SE PROCEDE A REMITIR LA PACIENTE SE RECIBE AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA TRASLADO. DURANTE EL TRASLADO LA PACIENTE PRESENTA PARO CARDIACO. SE PROCEDE A ACTIVAR CODIGO AZUL. SE INICIA REANIMACION CARDIOPULMONAR LIDERADO POR DR. DE LA CRUZ INTENSIVISTA DE TURNO Y EQUIPO MEDICO DE UCI**, SE REALIZAN COMPRESIONES TORACICAS Y SE ADMINISTRA SUCESIVAMENTE ADRENALINA EN BOLOS EN 6 OCASIONES. SE CANALIZA PACIENTE PARA REANMIACION HIDRICA SIMULTANEA, PACIENTE MONITORIZADA PERMANENTEMENTE QUIEN PRESENTA ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO CON RITMIO IDIOVENTRICULAR. SE REAMINMA PACIENTE DURANTE 20 MINUTOS SIN LOGRAR RECUPERACION DEL PULSO. DURANTE LA REANIMACION LA PACIENTE PRESENTA SANGRADO

[20] Folio n° 81, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[21] Folio n° 83, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[22] Nota de enfermería del 9 de mayo de 2014 a las 21:00 horas. Ver folio 75 del pdf que se anexa con la contestación.

ABUNDANTE POR EL TUBO OROTRAQUEAL. SE REALIZAN ASPIRACION SUCESIVAS. PACIENTE SIN SIGNOS VITALES. SE DECLARA FALLECIMIENTO A LAS 21:48.

OBSERVACIONES Y OTROS

SE REALIZA CERTIFICADO DE DEFUNCION Y EPICRISIS.**NOTA: EL TRAMITE DE REMISION A LA UCI DE CLINICA DEL ROSARIO SE VIO ENTORPECIDO DEBIDO A QUE LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE NO PERMITIERONEL PRONTO TRASLADO, REFIRIENDO QUE DESEABAN CONTINUAR EL MANEJO EN ESTA INSTITUCION A PESAR DE EXPLICARLES EN VARIAS OCASIONES LA NO DISPONIBILIDAD DEL CUPO EN LA UCI Y LA NECESIDAD IMPERIOSA DE SER REMITIDA PARA EL MANEJO EN CUIDADO INTENSIVO.** "[23] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Se resalta de esta nota además de que el traslado se hizo en ambulancia medicalizada, el hecho de que el médico en su nota, llamara la atención sobre la conducta de los familiares que demoró el traslado de la paciente a la UCI de la CLINICA DEL ROSARIO donde ya había sido aceptada.

Al hecho Nro. (2.9): NO ES CIERTO TAL Y COMO SE COMENTA; me remito a todo lo expresado en la respuesta anterior al hecho 2.8 en relación con el traslado de la paciente, pues es claro que si se utilizó una ambulancia medicalizada según lo registrado en la historia clínica.

Por otro lado, el resto de lo relatado en este punto NO ES UN HECHO, son apreciaciones subjetivas tendientes a imputar una presunta responsabilidad a mi representada, pero que no tienen sustento científico. **Basta con revisar la afirmación de los demandantes respecto a que las patologías de la Sra. Galvis de 80 años** "no eran necesariamente mortales".

Tal afirmación sólo puede partir del desconocimiento científico y del afán de lograr un lucro con esta demanda, pues las patologías de base de la paciente tales como: problemas pulmonares, cardiacos, neurológicos, reumatológicos y renales, cada una de ellas de forma independiente, y peor aún, todas juntas como en este caso, tienen la potencialidad de causar la muerte a corto plazo, si llegan a descompensarse. La sola edad avanzada de la paciente ya es una condición que puede por sí sola producir en corto tiempo el fallecimiento.

Basta con leer la literatura médica aportada por los accionantes denominada **DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS,** en la cual se señala que esta patología es grave, eleva la probabilidad de mortalidad de los pacientes y conlleva una gran morbilidad:

"La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más prevalente en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y la causa de más del 3% de las urgencias generales y de más del 10% de los ingresos en el área médica. **Además, es una enfermedad grave, ya que duplica la mortalidad y conlleva una elevada morbilidad, relacionada fundamentalmente con el desarrollo de insuficiencia cardíaca y de tromboembolia arterial**. Así, el riesgo de ictus es cinco veces superior, con una mayor mortalidad, discapacidad residual y recurrencias que los accidentes isquémicos de otras etiologías."[24]

Al hecho Nro. (2.10): NO ES UN HECHO, son apreciaciones subjetivas tendientes a imputar una presunta responsabilidad a mí representada, encaminadas a generar un supuesto perjuicio, tema que será carga de los demandantes probar en el proceso.

---

[23] Folio n° 86, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[24] Documento de consenso sobre el tratamiento de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios. Anexo (05) aportado por los demandantes.

MAGISTER EN DERECHO "RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL, EXTRACONTRACTUAL, CIVIL Y DEL ESTADO". ESPECIALISTA EN "DERECHO PROCESAL CIVIL"
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
lfelipegg@gmail.com

III- EXCEPCIONES Y OPOSICIONES FRENTE A LOS HECHOS Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA

De la manera más respetuosa, me permito proponer las excepciones que voy a enumerar y a sustentar, con el ánimo de que sean declaradas, sin perjuicio de las que sin haber sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el transcurso del proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

Por consiguiente pido al Señor (a) Juez, reconocer oficiosamente las excepciones que resulten probadas en el expediente y las que aquí se pasan a expresar.

1-IMPOSIBILIDAD DE ENDILGAR Y ESTRUCTURAR UNA RESPONSABILIDAD EN CABEZA DE LA CLINICA FARALLONES S.A., ANTE LA INEXISTENCIA DE SUS ELEMENOS ESTRUCTURALES.

A- AUSENCIA DE UN DAÑO INDEMNIZABLE ELEMENTO INDISPENSABLE PARA QUE NAZCA A LA VIDA JURÍDICA LA OBLIGACIÓN DE REPARAR

La responsabilidad civil tiene en nuestra sociedad la loable función de intentar restablecer las cosas al estado en el que se encontraban antes de la ocurrencia de la acción lesiva; obviamente, en aquellos casos en que ello sea física y jurídicamente posible, o en su defecto, generar un traslado patrimonial de esa situación negativa que se ha producido en el patrimonio de la víctima, al patrimonio de quien se considera como autor del daño.

De entrada resulta entonces indispensable la presencia de este elemento, pues la consecuencia de la responsabilidad es lograr que el causante de ese daño, sea quien al final cargue con las consecuencias de su actuar, generando para la víctima el derecho correlativo de ser reparada.

De esta manera, la responsabilidad civil, genera una obligación de reparar en cabeza del causante de un daño, luego de haberse demostrado tanto este elemento, como los otros constitutivos de la responsabilidad civil. Esta obligación de resarcir el daño padecido por la víctima a través de las diferentes categorías de perjuicios admitidas en nuestro medio, sólo puede abrirse vía, si hay un daño, y se demuestra que quien lo causó, lo hizo con dolo o culpa, cuando se trata de una responsabilidad bajo el régimen subjetivo.

Conforme a lo anterior, resulta evidente que en el caso que nos ocupa, no se ha demostrado la existencia de un daño que deba ser indemnizado, elemento indispensable que ante su ausencia hace inútil cualquier pretensión indemnizatoria de parte de los accionantes; ellos es así en tanto, uno de los principios de la institución de la responsabilidad civil, es la necesidad de la prueba fehaciente de la existencia de un daño, **el cual además, debe ser consecuencia de la acción u omisión de la persona a la que se le imputa**; así lo ha sostenido la Jurisprudencia desde antaño, estableciendo que

> "(...) cabe afirmar que dentro del concepto y la configuración de la responsabilidad civil, **es el daño un elemento primordial y el único común a todas las circunstancias, cuya trascendencia fija el**

> **ordenamiento.** De ahí que no se dé responsabilidad sin daño demostrado, y que el punto de partida de toda consideración en la materia, tanto teórica como empírica, seal enunciación, establecimiento y determinación de aquél **ante cuya falta resulta inoficiosa cualquiera acción indemnizatoria**"[25] (Resaltado fuera del texto)

Esta postura ha sido en reiterada en decisión más reciente de la Corte Suprema, de la siguiente manera:

> "**El daño es uno de los presupuestos estructurales de la responsabilidad sin cuya existencia y plena demostración aquella se desvanece, tanto que, resultaría innecesarial verificación y análisis de sus restantes elementos porque, ante su ausencia no surge ninguna obligación indemnizatoria.** Así, ha expresado la Corporación que aquél "se erige en la columna vertebral de la responsabilidad civil, en concreto de la obligación resarcitoria a cargo de su agente (victimario), sin el cual, de consiguiente, resulta vano, y también hasta especulativo, hablar de reparación, de resarcimiento o de indemnización de perjuicios, ora en la esfera contractual, ora en la extracontractual".[26] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Así las cosas, para que haya un daño se requiere la lesión de un interés jurídicamente tutelado, pero además, es necesario demostrar que esa lesión puede ser atribuida a una acción u omisión de otra personas, pues, si corresponde a una evolución desafortunada de un curso causal propio de quien lo sufre, como sería por ejemplo, la evolución de una enfermedad, tal situación no puede ser considerada como un DAÑO, y menos como un daño reparable.

En el presente caso, los demandantes aducen haber sufrido unos perjuicios por el daño causado a la Sra. CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD), con ocasión de la atención brindada en la CLINICA FARALLONES S.A., desde **el 12 de enero de 2014**, por considerar que se prescribió un medicamento para tratar su patología que no estaba indicado. Así se lee de lo dicho en el CAPITULO 5 de la demanda, en donde colocan en el 5.1 EL DAÑO, y exponen que este se ve "5.1.1 Traducido en el TRATAMIENTO CON EL FARMACO AMIODARONA…", pues creen que dicho medicamento no debía ser utilizado en la paciente. Si bien más que un daño está sería la conducta reprochable por la cual se endilga algún efecto nocivo en la paciente y en sus familiares, lo cierto es que LA MUERTE de la paciente no puede ser considerada como un daño, ni menos, como algo causado por mi mandante.

Parece que los accionantes han olvidado el estado de presanidad de la paciente, el cual por sí mismo podía producir la consecuencia fatal de la muerte de la Sra. Galvis (QEPD). Por ello, resulta prudente tener en cuenta que, **para enero del año 2014**, la paciente CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD) tenía 79 años; presentaba antecedentes médicos de demencia tipo Alzheimer, enfermedad pulmonar, anticoagulación por postración previa, reemplazo de cadera **y posible enfermedad cardiaca,** que fue confirmada posteriormente.

A su ingreso a urgencias el **día 12 de enero de 2014**, se consignó en la historia lo siguiente:

> **"ENFERMEDAD ACTUAL**
>
> PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ARTROSIS, OSTEOPOROSIS , REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERAS BILATERAL , QUE INGRESA EN AMBULANCIA TRAIDA POR MEDICO DE EMI PORQUE HOY A LAS 12:00 DEL DIA PRESENTO MAREOS, BORRACHERAS, PALIDEZ

[25] Corte Suprema de Justicia, Sala Casación Civil, 4 de Abril de 1968. M.P. Dr. F. Hinestrosa.
[26] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia del 4 de agosto de 2014. MP. Dra.: Margarita Cabello Blanco. (Sc-10261-14)

> MUCOCUTANEA , ACOMPAÑADO DE PÁLPITACIONES , NO REFIERE DOLOR TORAXICO, NO DISNEA . HACE 3 DIAS ESTUVO EN CONSULTA MEDICA CON MEDICO TRATANTE Y LE AUSCULTARON ARRITMIA CARDIACA ASINTOMATICA . HOY LE TOMAN EKG QUE REPORTA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR LENTA , SIN EVIDENCIA DE SIGNOS ISQUEMICOS AGUDOS"[27]

Incluso, el mismo perito de los demandantes, corrobra en la respuesta nro 1 del dictamen, al hacer un resumen del estado de la paciente, todas las patologías que tenía la paciente.

Por ello, no se entiende como n el hecho (2.9) de la demanda, de forma abiertamente contraria a la realidad, los accionantes tratan de desconocer el estado de presanidad de la paciente, y se atreven a afirmar **que las patologías de la Sra. Galvis de 80 años** "no eran necesariamente mortales".

Tal afirmación sólo puede partir del desconocimiento científico y del afán de lograr un lucro con esta demanda, pues las patologías de base de la paciente tales como: problemas pulmonares, cardiacos, neurológicos, reumatológicos y renales, cada una de ellas de forma independiente, y peor aún, todas juntas como en este caso, tienen la potencialidad de causar la muerte a corto plazo, si llegan a descompensarse. La sola edad avanzada de la paciente ya es una condición que puede por sí sola producir en corto tiempo el fallecimiento.

Basta con leer la literatura médica aportada por los accionantes denominada **DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS,** en la cual se señala que esta patología es grave, eleva la probabilidad de mortalidad de los pacientes y conlleva una gran morbilidad:

> "La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más prevalente en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y la causa de más del 3% de las urgencias generales y de más del 10% de los ingresos en el área médica. **Además, es una enfermedad grave, ya que duplica la mortalidad y conlleva una elevada morbilidad, relacionada fundamentalmente con el desarrollo de insuficiencia cardíaca y de tromboembolia arterial**. Así, el riesgo de ictus es cinco veces superior, con una mayor mortalidad, discapacidad residual y recurrencias que los accidentes isquémicos de otras etiologías."[28]

Como se puede ver, cualquiera de las patologías de base de la paciente, y con mayor razón la diagnosticada el día 12 de enero de 2014, PUEDEN PRODUCIR LA MUERTE DE UNA PERSONA.

Así las cosas, no es posible hablar en este caso de UN DAÑO INDEMNIZALBLE, y menos, tratar de atribuir la muerte de la paciente a la CLINICA FARALLONES S.A. Por el contrario, mi representada a través de los profesionales encargados de la atención, brindaron una atención oportuna, diligente, y con el respeto de la *lex artis* aplicable al caso. En cada una de esas intervenciones se le brindó el servicio requerido al punto que se le hicieron los evaluaciones físicas, por sistemas, se ordenaron los exámenes paraclínicos indicados para tratar de esclarecer su situación, se hicieron exámenes diagnósticos, se realizaron interconsultas con especialistas, y se dieron las instrucciones y recomendaciones para el manejo de su enfermedad, y se tomaron las medidas oportunamente cuando la evolución de la paciente mostró algún deterioro, de tal manera que ningún DAÑO, le puede ser atribuido a mi representada por haber actuado de esta forma.

Conforme a lo anterior la prueba de un daño con las características de indemnizable, que abra en el presente caso la posibilidad de hacer nacer la obligación de reparar en cabeza de la CLINICA

---

[27] Folio n° 36, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[28] Documento de consenso sobre el tratamiento de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios. Anexo (05) aportado por los demandantes.

FARALLONES, brilla por su ausencia, todo ello en atención a que la desafortunada MUERTE de la Sra. Galvis (QEPD), no puede ser atribuida mi representa y esto hace que sea imposible endilgarle algún tipo de responsabilidad civil.

B- AUSENCIA DEL ELEMENTO SUBJETIVO CULPA EN LA ATENCIÓN BRINDADA A LA Sra. CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD).

Frente a este tema se debe decir como premisa principal que la culpa médica debe probarse, estamos frente Un régimen subjetivo de responsabilidad, en donde nacen para los médicos e instituciones demandadas obligaciones de medio y no de resultado; de lo anterior deviene como consecuencia, que la carga de probar **que los profesionales y las instituciones que brindaron la atención, incurrieron en actos culposos generadores de los presuntos perjuicios que se reclaman, recae totalmente en los DEMANDANTES.**

Por lo anterior, La negligencia, la imprudencia, la impericia o la violación de protocolos, como generadores de la culpa deben quedar acreditados y probarse, y no, simplemente suponerse o darse por sentados a través de afirmaciones de hechos no existentes o contrarios a la realidad. Deben los accionantes sustentar, con pruebas, la existencia de algún incumplimiento de las obligaciones asumidas por parte de mi representada en cuanto al atención brindada, so pena que, sin la prueba de este elemento, no se pueda abrir paso, la obligación de indemnizar deprecada. Al respecto ha dicho la jurisprudencia:

> "**6.3.1. Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada,** salvo cuando en virtud de las "*estipulaciones especiales de las partes*" (artículo 1604, *in fine*, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.
>
> La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. **Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico,** mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume."[29] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Adicionalmente, la Corte Suprema, sala civil, tiene establecido, que para probar la existencia de una culpa en la responsabilidad médica, debe hacerse un análisis de la *lex artis* para el caso concreto, y quien funge demandante en el proceso, tiene la carga de acreditar, no sólo la existencia de una lesión, sino la violación de la *lex artis*, es decir, de una regla o baremo ordinario de prudencia que se exige a los profesionales de la salud, pues no basta con suponer o endilgar algún tipo de negligencia, pues no todas estas conductas tienen la virtualidad de comprometer la responsabilidad de los demandados.

[29] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia del 24 de mayo de 2017. MP. Dr.: Luis Armando Tolosa Villabona. (Sc-7110-17)

"**En estas lides, cuando ha existido lesión, y simultáneamente se demuestra negligencia en el facultativo, debe hallarse un baremo o límite, el cual se halla en la normalidad que demanda la Lex Artis**, a fin de disponer cuando fuere del caso lo consecuente con el extremo pasivo, y determinar el momento en que se incursiona definitivamente en el daño antijurídico.

El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico."[30] (Resaltado y subraya fuera del texto)

De igual manera, la **Corte Suprema del año 2014**, dijo que

"(…) 9.- **Las reclamaciones que se desprenden de una indebida prestación de los servicios aquí involucrados, requieren de un esfuerzo demostrativo por cuenta de quien las plantea.** Esto si se tiene en cuenta que la Sala entiende desde hace considerable tiempo, como dijo en la SC de 5 de marzo de 1940, que por regla general las obligaciones que surgen de vinculaciones de este tipo son de medio, **debiéndose establecer *«no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad».***

De allí que se aplique el principio universal del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, según el cual *«incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen»"*[31]**.** (Resaltado y subraya fuera del texto)

A pesar de que en el presente caso, no se ha demostrado la presencia de un actuar culposo, alejado de los parámetros de la *lex artis,* que pueda comprometer la responsabilidad de mi mandante, a continuación, procedo a sustentar, la ausencia de una violación de ese deber ordinario de prudencia exigido a los profesionales de la salud, para el caso que nos ocupa:

a-EN LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE, EL DÍA 12 DE ENERO DE 2014, SE DIO UN DIAGNÓSTICO ACERTADO Y SE PRESCRIBIÓ EL TRATAMIENTO INDICADO POR LA LITERATURA MEDICA PAR ESTE TIPO DE CASOS.

Según se registró al ingreso de la paciente al servicio de urgencias de la CLINICA FARALLONES el **día 12 de enero de 2014**, la paciente presentaba el siguiente cuadro:

"ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, ARTROSIS, OSTEOPOROSIS , REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERAS BILATERAL , QUE INGRESA EN AMBULANCIA TRAIDA POR MEDICO DE EMI PORQUE HOY A LAS 12:00 DEL DIA PRESENTO MAREOS, BORRACHERAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA , ACOMPAÑADO DE PÁLPITACIONES , NO REFIERE DOLOR TORAXICO, NO DISNEA . HACE 3 DIAS ESTUVO EN CONSULTA MEDICA CON MEDICO TRATANTE Y LE AUSCULTARON ARRITMIA CARDIACA ASINTOMATICA . HOY LE TOMAN EKG QUE REPORTA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR LENTA , SIN EVIDENCIA DE SIGNOS ISQUEMICOS AGUDOS"[32]

---

[30] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia del 24 de mayo de 2017. MP. Dr.: Luis Armando Tolosa Villabona. (Sc-7110-17)
[31] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 14 de noviembre de 2014. M.P. Dr.: Fernando Giraldo Gutiérrez. Exp. 15746-14
[32] Folio n° 36, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

Luego de hacer el examen físico, de tomar un (EKG) electrocardiograma, y de hacer interconsulta con médico internista de turno, se considera:

> "Analisis:
>
> PACIENTE CON CUADRO DE ARRITMIA CARDIACA DE NOVO TIPO FA DE RESPUESTA VENTRICULAR LENTA , QUE SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO , TOMA DE PARACLINICOS . SE VALORA CON EL DR VICTORIA (M. INTERNISTA DE TURNO) , QUIEN ORDENA MANEJO CON AMIODARONA 200 MG VO CADA 12 HORAS , ENOXAPARINA 60 MG SC / DIA Y LA REVALORA CON RESULTADOS DE LABORATORIO ."[33]

Así las cosas, lo registrado en la historia clínica en la consulta **del 12 de enero de 2014**, da cuenta de que la paciente estaba cursando **un cuadro clínico de Fibrilación Auricular**, un trastorno del ritmo cardiaco que predispone a presentar embolismos cerebrales.

Para claridad del despacho, la literatura médica aportada por los accionantes sobre **FIBRILACION AURICULAR (página medlineplus),** indica lo siguiente

> "Una arritmia es un problema con la velocidad o el ritmo de los latidos del corazón. **La fibrilación auricular es el tipo más común de arritmia causada por un problema en el sistema eléctrico del corazón**.
>
> A menudo las personas con fibrilación auricular no se dan cuenta de los síntomas. Pero usted puede sentir:

- Palpitaciones, latidos anormales o rápidos
- Falta de aire
- Debilidad o dificultad al ejercitarse
- Dolor en el pecho
- Mareos o desmayos
- Cansancio
- Confusión

> **La fibrilación auricular puede conducir a un riesgo mayor de ataque cerebral. En muchos pacientes, también puede provocar dolor en el pecho, ataque al corazón o fallo cardíaco**.
>
> **Los médicos diagnostican la fibrilación auricular estudiando la historia familiar y médica, un chequeo físico y un examen llamado electrocardiograma que analiza las ondas eléctricas del corazón. Los tratamientos incluyen medicinas y procedimientos para restablecer el ritmo normal.**"[34] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Para claridad del despacho, la literatura médica aportada por los accionantes sobre **FIBRILACION AURICULAR – SÍNTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO, cuyo autor es el Dr. Pedro Pinheiro,** se indica lo siguiente

> **"Control de la frecuencia cardíaca**

[33] Folio n° 36, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

[34] Fibrilación auricular, ver en: https://medlineplus.gov/spanish/atrialfibrillation.html. Anexo (02) aportado por los demandantes.

> En los casos de fibrilación auricular de larga duración en los pacientes ancianos con corazón ya muy enfermo, la cardioversión generalmente no es utilizada porque su tasa de éxito es baja. En estos casos, el tratamiento visa solamente controlar la frecuencia cardíaca. Como la mayoría de los síntomas de FA es debido a la taquicardia, cuando mantenemos el paciente con frecuencias por debajo de 100 pulsaciones por minuto, la fibrilación auricular se convierte en asintomática. **El control de la frecuencia cardíaca es alcanzado con medicamentos. Los más usados son amiodarona, propafenona, digoxina, diltiazem, verapamil o metoprolol.**
>
> **Anticoagulación**
>
> **Todos los pacientes con fibrilación auricular deben ser tratados con medicamentos anticoagulantes para prevenir la formación de coágulos en la aurícula izquierda. El medicamento más comúnmente utilizado es la Warfarina**. "[35] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Como se indica en la literatura médica reseñada, los médicos que atendieron a la paciente **el 12 de enero de 2014**, hicieron exactamente lo que estaba recomendado; en otras palabras, adecuaron su conducta a la lex artis exigida para este tipo de casos, y por ello, decidieron enviar medicamentos anticoagulantes para evitar la formación de trombos (Warfarina). También se decide iniciar tratamiento con un medicamento para el control de la frecuencia cardiaca, AMIODARONA, el cual tiene indicación médica para este tipo de patologías.

b-LA PRESCRIPCION DEL MEDICAMENTO AMIODARONA A LA PACIENTE ESTABA INDICADO, SEGÚN LO SUSTENTEA LA LITERATURA MEDICA, Y CONSTITUÍA LA UNICA OPCIÓN EN ESTE CASO.

Para mayor claridad del despacho, se sustenta con literatura médica, que la prescripción en este caso del medicamento **AMIODARONA**, estaba totalmente indicado, pues constituye el medicamento de elección en los casos de pacientes con fibrilación auricular.

Así, en el artículo denominado **CONSENSO DE FIBRILACIÓN AURICULAR**, de la Sociedad Argentina de Cardiología, se dice sobre esta patología en el preámbulo lo siguiente:

> "La fibrilación auricular (FA) representa uno de los principales problemas médicos sanitarios a nivel mundial, no solo por su morbimortalidad asociada sino también por los elevados costos sanitarios que conlleva, principalmente relacionados con los recursos destinados a la hospitalización y medicación. Los pacientes con fibrilación auricular tienen un riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular entre dos y siete veces mayor que los sujetos sin FA; por otra parte, esta arritmia puede conducir a insuficiencia cardíaca."

Luego en la página 5 se indica sobre el tratamiento con AMIODARONA:

> "En cuanto a las terapias farmacológicas, poco hay de nuevo en los últimos años, ya que el arsenal terapéutico no se ha modificado demasiado. El advenimiento de nuevas drogas como dronedarone, no ha demostrado superioridad con respecto a las ya conocidas. **La amiodarona continúa siendo un excelente recurso, con una tasa de éxito vecina al 70% en la reversión a ritmo sinusal mediante el uso intravenoso, o con el tratamiento por vía oral para evitar las recidivas**."[36]

---

[35] Fibrilación auricular – síntomas, causas y tratamiento, cuyo autor es el Dr. Pedro Pinheiro Anexo (04) aportado por los demandantes.

[36] Consenso De Fibrilación Auricular. Sociedad Argentina de Cardiología. Área de Consensos y Normas. Ver en: https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2015/07/consenso-de-fibrilacion-auricular-2015-1.pdf. Anexo (03) aportado por los demandantes.

Debe quedar muy claro **que la administración de Amiodarona, es el tratamiento estándar**, pues constituye un medicamento muy efectivo para el tratamiento de la fibrilación auricular y para evitar reapariciones de este trastorno del ritmo cardiaco. No obstante, como todo medicamento tiene riesgos de toxicidad sobre varios sistemas y órganos, pero ello no implica que no pueda ser usado.

En un estudio de un caso de un paciente de 80 años de edad, que no tenía antecedentes de enfermedad pulmonar, se le administró AMIODARONA y aun así presentó un cuadro de fibrosis, sin que ello signifique en ese caso, ni tampoco en el de la Sra. Galvis (QEPD), la presencia de una conducta violatoria de la *lex artis* por haber prescrito este medicamento.

En este artículo titulado, **FIBROSIS PULMONAR AGUDA POR TRATAMIENTO CON AMIODARONA EN UN PACIENTE OCTOGENARIO,** aportado por los demandantes**,** se indica que muchos fármacos pueden producir afectaciones al pulmón, se conocen cerca de 150 que producen este efecto; en el caso de la AMIODARONA el riesgo **es de 1 a 2%** y va a depender directamente de la dosis, de tal forma que a dosis menor de 400 miligramos al día este es el riesgo, y en dosis más altas y con tratamientos por largo tiempo, puede aumentar el riesgo de 5 a 15%. Así se expresa en el estudio:

> *"Se ha descripto que más de 150 fármacos pueden producir enfermedad pulmonar aguda o subaguda y, rara vez se conoce el mecanismo, pero se piensa que muchos de éstos provocan una respuesta de hipersensibilidad de los tejidos afectados.*
>
> *Los efectos adversos se describen en el 75% de los pacientes tratados con amiodarona durante 5 años, pero solo obligan a interrumpir su consumo en el 18 al 37%3.*
>
> *La prevalencia de la afección pulmonar por consumo de amiodarona varía entre el 2 y el 15 %.* ***La presencia y grado de afectación, varía de acuerdo a la dosis de mantenimiento del fármaco, con dosis menores a 400 mg/día la probabilidad de compromiso pulmonar es del 1 al 2 %, mientras que aumenta al 5 a15 % con dosis superiores a 400 mg/día***" [37]

Adicionalmente en este caso se plantea que lo general es que la reacción tóxica se presente luego de un año de tratamiento y con dosis altas, pero no es normal o usual que se presente a los dos meses, ni mucho menos en tiempo más corto.

> "Existe un mayor número de casos reportados de afección pulmonar por amiodarona de tipo insidiosa, **cuya presentación fue después de un año de tratamiento con dosis de moderadas a altas**, y es el que más frecuentemente podríamos encontrar en la práctica diaria. Pero existen pocos casos reportados sobre afección aguda con síntomas que se presentan antes de los 2 meses de tratamiento, que comúnmente se asocian a cuadros de sepsis de foco respiratorio o infecciones no complicadas de la vía aérea. Pero no se halló evidencia de casos reportados sobre afección aguda de menos de 5 días como fue nuestro caso en cuestión."[38]

Por último basta tener en cuenta la ecografía ordenada a la paciente el **12 de enero de 2014** por parte del médico internista de la CLINICA FARALLONES, Dr. CARLOS ALBERTO VICTORIA CARVAJAL, cuyo resultado fue registrado en la historia clínica de la **consulta del día 17 de enero de 2014** en la institución ANGIOGRAFIAS DE OCCIDENTE S.A, con el *Dr. Carlos Contreras Zuñiga*,

---

[37] Fibrosis pulmonar aguda por tratamiento con Amiodarona en un paciente octogenario. A propósito de un caso. Ver en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/366. Anexo (10) aportado por los demandantes.

[38] Fibrosis pulmonar aguda por tratamiento con Amiodarona en un paciente octogenario. A propósito de un caso. Ver en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/366. Anexo (10) aportado por los demandantes

médico cardiólogo, en donde se deja claro que la paciente cursaba con un cuadro compatible con una falla cardiaca. Así se lee en dicho registro:

RESIDENCIA: CR 64A NO 170 AP 215 TORRE 4	VALLE DEL CAUCA-CALI	**TELEFONO:** 3840584-3007628303
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**	**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 17/1/2014 - 13:19:44	**FECHA EGRESO:** 17/1/2014 - 13:45:56	**CAMA:**
DEPARTAMENTO: 100221 - CONSULTA EXTERNA	**SERVICIO:** AMBULATORIO	
CLIENTE: ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE S.A.	**PLAN:** ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE S.A.-EVENTO COOMEVA EPS	

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y EFERMEDAD ACTUAL
2014-01-17	13:48 ASR - ADRIANA SALCEDO RODRIGUEZ **MOTIVO DE CONSULTA :** "ME REMITIERON PARA VALORACION" **ENFERMEDAD ACTUAL :** Pcte femenino 70 años, quien remiten para valoración. Con antecedentes 1. Demencia senil 2. Extabaquismo 3. Protesis de cadera. Familiar quien refiere hace 5 días diagnosticaron Fibrilación auricular, actualmente anticoagulada con warfarina 5mg dia, amiodarona 200mg dia, memantina 20*2, ketiapina, sin sangrados En el momento niega dolor precordial, disnea y palpitaciones. Realiza actividad física ocasional. Trae eco IT (ene/2014) VI no dilatado ni hipertrófico, FE50%, severa dilatación AI y moderada derecha, leve esc erosis valvular mitral con insuficiencia moderada a severa, HTP moderada, insfuciencia tricuspidea severa, ateromatosis aortica.

Conforme a lo anterior, debe tenerse en cuenta lo dicho en la literatura médica, artículo titulado: **Fibrilacion auricular Tratamiento farmacologico de la fibrilacion auricular. Antiarritmicos y anticoagulantes orales, autores Juan Cosin-Salesa, y Juan Jose Olallab,** que fuere aportado por los demandantes, en donde se deja claro que para pacientes con insuficiencia cardiaca, el uso de la amiodarona, es la única opción de tratamiento, además de ser el medicamento más eficaz:

> *"Amiodarona*
>
> Ejerce su acción antiarritmica en múltiples canales (sodio, potasio y calcio). **Es el antiarritmico más eficaz en la reducción de recidivas de FA**; **de hecho, en distintos estudios se ha mostrado superior a los fármacos de clase I, a sotalol y a dronedarona.** No obstante, presenta gran cantidad de efectos adversos sistémicos (pulmonar, hepatico, tiroideo, muscular) que se debe tener en cuenta a la hora de prescribirlo, especialmente a jóvenes, ya que su toxicidad es acumulativa.
>
> Dada la tendencia actual con el uso de los antiarritmicos a minimizar los efectos adversos, es prudente dejar la amiodarona como fármaco de segunda elección, **salvo para pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), para los que se convierte en la única opción**."[39] (Resaltado y subraya fuera del texto)

En conclusión, el riesgo de toxicidad en el pulmón por el medicamento es relativamente bajo, **de 1 a 2% con dosis bajas menores de 400 mg al día.** En el caso de la señora Galvis (QEPD), esta es precisamente la dosis que estaba recibiendo, de 200 mg dos veces al día; es decir, tenía una dosis terapéutica normal de 400 mg al día.

No existe entonces una dosificación inadecuada o exagerada en el presente caso, y el riesgo de la complicación resultaba bajo, si lo comparemos con los porcentajes de riesgo de otros medicamentos, por ejemplo, con la ASPIRINA, en donde el riesgo de sangrado intestinal es de 3% y en mayores de 70 años aumenta al 12% de tener un sangrado digestivo; a pesar de esto, la aspirina sigue siendo usada y se emplea en los casos en donde hay indicación médica.

Y no menos importante, al estar la paciente cursando un cuadro compatible con insuficiencia cardiaca, la literatura deja claro **QUE EL USO DE LA AMIODARONA, ERA LA ÚNICA OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN SU CASO.**

---

[39] Fibrilacion auricular Tratamiento farmacologico de la fibrilacion auricular. Antiarritmicos y anticoagulantes orales, autores Juan Cosin-Salesa, y Juan Jose Olallab, Anexo (P07) aportado por los demandantes.

c-A LA PACIENTE Y A SUS FAMILIARES, SE LES DIO EN MULTPLES OCASIONES INFORMACIÓN E INDICACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO INSTAURADO Y EL MANEJO DE SU PATOLOGÍA.

Vamos revisar las notas en la historia clínica, las cuales dan cuenta que tanto a la Señora Galvis (QEPD) como a su familia, se les brindaron las explicaciones e indicaciones de los tratamientos instaurados, y se les dejó presente la necesidad de seguimiento estricto. Así quedó registrado en la historia clínica de la interconsulta con el médico internista Dr. *CARLOS ALBERTO VICTORIA CARVAJAL* en las instalaciones de la CLINICA FARALLONES:

"Analisis subjetivo.

PACIENTE CON FA DE NOVO - ASOCIADO A CARDIOMEGALIA Y CEFALIZACION DEL FLUJO OBSERVADO EN RX DE TORAX - PACIENTE Y FAMILIAR (HIJA) NIEGAN PRESENCIA DE DISENEA -TIENE AL PARECER EVENTO CORONARIO ANTIGUO SILENTE PLAN : ECOCARDIOGRAMA BD TRANSTORACICO - **ANTICOAGULACION CON HEPARINA SC INCIALMENTE Y WARFARINA - DEBE TENER CONTROL DE LA ANTICOAGULACION SE DAN ORDNES EN INDICACION DE EXAMENES DE CONTROL - VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA**"[40] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Como puede verse se dejó consignado expresamente que la paciente: "*DEBE TENER CONTROL DE LA ANTICOAGULACION. SE DAN ORDENES INDICACION DE EXAMENES DE CONTROL. VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA*".

Esto fue además corroborado en la anotación del plan de manejo, en donde el médico internista Dr. *CARLOS ALBERTO VICTORIA CARVAJAL*, consignó:

"PLAN DE MANEJO

1 AMP SUBCUTANEA DIA

3 HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 60MG/0.6ML SOLUCION INYECTABLE CLEXANE - CUM INACTIVO Subcutaneo

1 TAB DIA

30 WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA COUMADIN Oral 1 TAB DIA

30 AMIODARONA CLORHIDRATO 200 MG TABLETA CORDARONE Oral

DEBE EFECTUARSE EXAMENES DE COAGULACION EN 3 DIAS Y REPETIR EN 5 DIAS : TIEMPO DE PROTROMBINA - PTT ESTOS EXAMENES DEBEN SER REVISADO POR EL MEDICO QUE REGULE EL MEDICAMENTO (ANTICOAGULANTE) WARFARINA."[41] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Lo anterior también se encuentra consignado en **el folio No 38 asociado,** en donde se dan las ordenes medicas; este documento fue aportado como anexo por parte de los demandantes, el cual puede verse a en el folio nro. 68 del pdf anexado.

En este registro se da cuenta que en el punto 5,6 y 7, se repiten las recomendaciones e indicaciones médicas para que la paciente y su familia puedan saber cómo deben actuar ante el tratamiento instaurado:

[40] Folio n° 38, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[41] Folio n° 38, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Urgencias_Observacion

Detalle:
1- AMIORADONA 200 MG DIA
2- HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 60 MG DIA POR 3 DIAS
3- WARFARINA 5MG DIA
4- ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL TT
5- T DE P Y PTT EN 72 HORAS Y NUEVAS PRUEBAS EN 5 DIAS
6- VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y/O CARDILOGIA
7- MANEJO AMBULATORIO

Para ahondar en explicaciones e informaciones, se encuentra también el registro de enfermería **del día 12 de enero de 2014 a las 19:00 horas**, por parte de la enfermera *Andrea Milena Durán García*, quien al darle salida la paciente de la CLINICA FARALLONES, consignó:

"**SUBJETIVO-OBJETIVO**

PACIENTE QUE ES VALORADA POR MEDICINA INTERNA CON REPORTE DE LABORATORIOS ,**MEDICO DA ORDEN DE SALIDA CON CONTROL.SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR SE RETIRA ACCESO VENOSO Y SALE POR SUS PROPIOS MEDIOS.**

ANALISIS-PLAN

DEBE EFECTUARSE EXAMENES DE COAGULACION EN 3 DIAS Y REPETIR EN 5 DIAS : TIEMPO DE PROTROMBINA – PTT ESTOS EXAMENES DEBEN SER REVISADO POR EL MEDICO QUE REGULE EL MEDICAMENTO (ANTICOAGULANTE) WARFARIN."[42] (Resaltado y subraya fuera del texto)

No hay duda entonces, **que el día 12 de enero de 2014** se le explicó a la paciente y a su familiar (hija) sobre la necesidad de control de la anticoagulación, la necesidad de los exámenes permanentes, así como el seguimiento que debía tener con su médico tratante de manera ambulatoria.

Pero las explicaciones no quedaron ahí, en otros apartes de la historia se encuentran los mismos datos, donde se les indica a la paciente y a su familiar tanto la medicación como la necesidad de controles para mantener su INR o índice de anticoagulación entre 2 y 3.

Así se puede ver en lo consignado en la historia clínica de la atención en ANGIOGRAFÍA DE OCCIDENTE, **en la consulta del día 17 de enero de 2014**, con el Dr. *EDUARDO CONTRETAS ZUÑIGA* médico internista cardiólogo[43], el cual indica:

[42] Nota de enfermería del 12 de enero de 2014 a las 19:00 horas, Ver folio 36 del pdf que se aporta con la contestación.
[43] Puede verse en los folios nro. 69 y 70 del pdf de la historia clínica anexado por los demandantes.

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2014-01-17	13:42 ASR - ADRIANA SALCEDO RODRIGUEZ ESPECIALIDAD: CARDIOLOGO Pcte femenino 70 años Dx 1. Demencia senil 2. Extabaquismo 3. Fibrilación auricular permanente 4. Insuficiencia mitral moderada a severa 5. HTP moderada Análisis: pcte con antecedentes descritos, c ase funcional I, RCV bajo, quien hace 1 semana diagnosticaron FA, anticoagulada con warfarina 5mg dia, sin sangrados, debe mantener INR 2-3, trae eco TT (ene/2014) FE50%, severa dilatación AI y moderada derecha, insuficiencia mitral moderada a severa, HTP moderada, insfuciencia tricuspidea severa, quien refiere en ocasiones edema de MIIs, por lo que se inicia furosemida 20mg dia, resto de medicación igual. Se explica a pcte y familiar, se dan recomendaciones medicas, se cita a control con cardiologia en 3 meses con INR control.

Pagina 2 de 2

	Tto warfarina 5mg dia amiodarona 200mg dia furosemida 20mg dia

En conclusión, hay hechos nuevos diferentes a lo dicho en la demanda, sustentados en pruebas, como lo es LA HISTORIA CLINICA, que dan cuenta de que si se dieron explicaciones, y recomendaciones médicas sobre el manejo de sus medicamentos; no hay duda de que la paciente y su familiar si fueron informados de los riesgos y de los cuidados a seguir con el tratamiento, de tal manera que se desconoce la causa por la cual no siguieron las recomendaciones médicas y la paciente llega de nuevo a la clínica con sobre anticoagulación según registra la historia.

RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO, ya quedó claro que existió con todas las explicaciones y recomendaciones dadas a la paciente y a su familiar, no obstante, parece haber un error de apreciación por parte de los demandantes y del perito que hace el dictamen que ellos aportan, pues creen que se necesita un escrito especial para dar por acreditado la existencia del consentimiento informado para todo acto médico, como en este caso, el de la prescripción de medicamentos.

En Colombia el tema del consentimiento informado es un acto médico que sólo lo puede realizar el profesional de la salud. Así lo establece la **ley 23 de 1981** o Código de Ética médica, al indicar que es el médico quien debe realizar y solicitar el consentimiento informado. A lo anterior se suma que las instituciones prestadoras de servicios IPS, tienen vedado intervenir en los actos de los profesionales de la salud, tal y como lo consagra **el art. 104 de la ley 1438 de 2011, el cual modifico el art 26 de la ley 1164 de 2007**, y el artículo 17 de la **Ley 1571 de 2015,** en donde se ordena respetar la autonomía del profesional de la salud en la realización de sus actos, prohibiendo cualquier injerencia en este tema.

Sobre la naturaleza jurídica de este acto médico indicó la **Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, en el año 2017, que el consentimiento informado NO ES UNA REGLA, ES UN PRINCIPIO, Y POR ELLO no se exige en igual medida su cumplimiento en todos los casos:**

> "Aunque la anterior jurisprudencia no haga referencia expresa a la Teoría de la argumentación jurídica de Robert Alexy, es diáfana su alusión y asunción por esa doctrina de los postulados del autor, especialmente en lo concerniente a la distinción entre reglas y principios. Para Alexy, como rasgo diferencial de los principios jurídicos, contrario a las reglas, pueden ser cumplidos en diferentes grados, atendiendo a las posibilidades fácticas y jurídicas reales, razón por la cual han de entenderse como *mandatos de optimización*.
>
> **Bajo esta concepción teórica, si el consentimiento informado es un principio autónomo, entonces, ha de ser realizado (optimizado) en la mayor medida de lo posible conforme a las posibilidades fácticas y jurídicas que rodeen el caso. Ello implica además, que al tratarse de un principio, no puede concebirse jurídica y éticamente como una regla, es decir, no puede ser simplemente cumplido o incumplido.** En esa línea, transitando aquélla Corte, en el precedente citado, por vía de la senda alexiana ha dicho: "*(…) Con todo, el consentimiento informado tiene dos características que lo hacen particular. Por un lado, se trata de un principio constitucional, lo cual significa que la información que el médico le suministra al paciente no siempre resulta exigible en igual grado, y aun cuando en tal sentido no se pueden formular reglas generales a priori, dependiendo de la ponderación conjunta de una serie de variables, el médico debe darle información más o menos cualificada al sujeto afectado (…)*".[44] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Así las cosas, al ser un principio, no es posible considerar que existe un sola manera de probar su cumplimiento, siendo claro que cada caso particular dirá hasta qué punto debió ser optimizado este principio. Es por lo anterior, que existe un error por parte del accionante en considerar que si no hay un escrito, no existe consentimiento informado, **pues es claro que no hay tarifa legal para probar esta situación, y tampoco existe actualmente en Colombia una norma que obligue a contar en todo procedimiento con un escrito contentivo del consentimiento.**

Por el contrario, la única referencia que hay es jurisprudencial, la cual determina que este escrito *es conveniente en procedimientos altamente invasivos que no impliquen un beneficio al paciente* - no siendo este el caso para la paciente en relación con los medicamentos prescritos- pero no en procedimientos ordinarios, no invasivos, o prescripción de medicamentos de uso regular, pues en estos casos, el hecho de que el paciente acepte los tratamientos o las prescripciones realizadas por médico, que son necesarios para evitar la muerte o una situación más grave en la salud d ela paciente, CONSTITUYE UNA CLARA MUESTRA DE ACEPTACIÓN TÁCITA que permite a los profesionales proceder con su acto médico.

Al respecto ha dicho la Corte Constitucional, **que frene a terapias no invasivas, no es necesario un consentimiento por escrito del paciente, y el hecho de aceptar la prescripción médica, es un indicio suficiente de su consentimiento:**

> "Así las cosas, es el consentimiento previo, libre e informado de una persona autónoma el que es el idóneo para la práctica de un tratamiento médico.
>
> **Ahora bien, en ciertos casos, como en aquéllos tratamientos o procedimientos de carácter extraordinario, invasivo y/o riesgoso, a las características anotadas se le añaden otras para lograr un consentimiento cualificado. Ha dicho la Corte que aquí "es natural que se exijan incluso ciertas formalidades, como el consentimiento escrito,** por medio de formularios especiales, y con la obligación de reiterar el asentimiento después de que haya transcurrido un período razonable de reflexión [consentimiento persistente, reiterado o constante]". **Repárese en que, por el contrario, tratándose de tratamientos ordinarios, no invasivos ni riesgosos, "si bien el paciente tiene derecho a rechazar**

[44] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 24 de mayo de 2017. M.P. Dr.: Luis Armando Tolosa Villabona. Exp. SC 7110-2017

> **incluso esas terapias, el hecho de no manifestarlo y de aceptar las prescripciones clínicas, es un indicio suficiente para considerar una aceptación tácita que puede bastar para que el médico proceda con su tratamiento".**[45] (Resaltado y subraya fuera del texto)

La misma corporación en sentencia de unificación, ya había dicho desde el año 1999 que el escrito no se exige en tratamientos poco invasivos y benéficos como lo es en este caso, los medicamentos que eran la única opción para la paciente:

> "20- Este análisis muestra que, según gran parte de la literatura ética y de la práctica jurídica, el grado de autonomía que se exige para tomar una decisión sanitaria depende de la naturaleza de la intervención médica, y en especial de su carácter invasivo o no, de sus posibles riesgos y de sus eventuales beneficios. **Así, en un extremo, para que una persona pueda válidamente aceptar un tratamiento muy invasivo y riesgoso, y poco benéfico, es necesario que goce de plena autonomía y que su consentimiento derive de una información muy depurada. Es más, en estos casos es natural que se exijan incluso ciertas formalidades, como el consentimiento escrito,** por medio de formularios especiales, y con la obligación de reiterar el asentimiento después de que haya transcurrido un período razonable de reflexión. **Por el contrario, la evaluación de la autonomía es menor y menos exigente en relación con la aceptación de tratamientos probadamente benéficos, seguros y poco invasivos.**"[46] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Por su parte **la Corte Suprema de Justicia,** ha indicado claramente que el consentimiento informado es consensual, y puede ser probado por cualquier medio, inclusive, a través de indicios como medio idóneo de prueba establecido en nuestro ordenamiento.

> *"El consentimiento informado, es un acto dispositivo espontáneo, esencialmente revocable, singular al tratamiento o intervención específica, recepticio,* ***de forma libre o consensual, puede acreditarse con todos los medios de prueba, verbi gratia, documental, confesión, testimonios, etc.,*** *y debe ser oportuno."*[47] (Resaltado y subraya fuera del texto)

En cuanto al Consejo de Estado, en sentencia del año 2008 indicó que la conducta asumida por el paciente es más que suficiente para dar por acreditado el consentimiento tácito para un tratamiento médico:

> "La exteriorización de la **voluntad libre** del paciente, vale decir, su querer interno no **necesariamente debe ser manifestado en forma expresa. Si bien la voluntad debe traducirse en un acto material, puede darse a conocer directamente mediante el lenguaje o la declaración verbal o escrita, a través de cualquier otro signo como sería el comportamiento**.
>
> De modo que la manifestación del paciente no requiere -para que emerja válidamente- un comportamiento expresivo específico como sería el lenguaje convencional **en su modalidad escrita o solemne, sino que la voluntad puede ser reconstruida a partir de la conducta asumida por el paciente que adquiere un significado jurídico, al revelar el propósito del mismo.**
>
> **Expresión volitiva tácita o indirecta que es manifestación inequívoca, clara y precisa de la voluntad** y por lo mismo está dotada de igual fuerza vinculante que la forma directa de exteriorizar el querer, como que produce los mismos efectos que si hubiese sido expresada de manera explícita en un documento escrito."[48] (Resaltado y subraya fuera del texto)

---

[45] Corte Constitucional, Sentencia T-452 del 15 de junio de 2010. MP. Dr.: Humberto Antonio Sierra Porto.
[46] Corte Constitucional, Sentencia SU-337 de 1999. M.P. Dr.: Alejandro Martínez Caballero.
[47] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia del 17 de noviembre de 2011. MP. Dr. William Namén Vargas. rad. 1999-00533-01.
[48] Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia 23 de abril de 2008. C.P. Dra. Ruth Estella Correa.

En suma, habiendo quedado consignado en los diferentes apartes de la historia clínica que se dieron LAS EXPLICACIONES Y RECOMENDACIONES del tratamiento a la paciente y a su hija, no cabe duda que queda acreditado la existencia del consentimiento informado en este caso. Además, la conducta de la paciente y de su familia de haber seguido las ordenes médicas, que implicaban tratamientos necesarios, no invasivos y benéficos para la salud de la paciente, corroboran la ACEPTACIÓN TACITA de la prescripción de los medicamentos ordenados.

d-EL MEDICAMENTO AMIODARONA TIENE RIESGOS PROPIOS O INHERENTES LOS CUALES SON BAJOS, Y EN EL CASO BAJO ESTUDIO, UNA VEZ SE SOSPECHO ALGUN EFECTO ADVERSO SE TOMARON LAS CONDUCTAS AVALADAS POR LA LITERATURA MEDICA.

No es cierto como afirman los demandantes que "este fármaco lleva a la aparición de fibrosis pulmonar"; esta conclusión no es exacta, no es técnica ni es real.

Ya hemos explicado en respuestas anteriores, que existe un riesgo de toxicidad, que va a depender entre otras, de la dosis y del tiempo del tratamiento, por lo cual me remito a todo lo dicho en la respuesta al **hecho 2.3.**

No obstante, vale la pena aclarar que ***Riesgo* no significa *certeza***; por el contrario se opone a ella, de tal manera que decir que este medicamento produce tal enfermedad, no corresponde a la realidad científica ni del caso concreto; menos, cuando la historia clínica demuestra que la Sra. Galvis (QEPD) estaba recibiendo una dosis terapéutica BAJA del medicamento, y no llevaba un año de instauración del tratamiento.

Por ello el Dr. *HENRY ASTUDILLO VASQUEZ,* en la valoración del 2 de abril de 2014, coloca en su historia que la paciente está asintomática, pero suspende el medicamento AMIODARONA porque "puede aumentar su proceso fibrótico", no está diciendo que esa sea la causa confirmada.

> "DIAGNOSTICOS: 1.Demencia tipo alzheimer2.Insuficiencia respiratoria cronica reagudizada3.Cardiopatia con insuficiencia severe bivbalvular tricuspidea y mitral4.HTA5.Poliartrosis6.Reflujo gastroesofagico7.FASUBJETIVO: Paciente que refiere sentirse mejor, con disnea a pequeños esfuerzosOBJETIVO:cardiovascular PA: 121/59 FC:94 FR:20AP:**Paciente estaqble. asintomatica recibe manejo con amiodarona la cual puede aumentar su proceso fibrotico. considero suspender medicamento**PLAN: INR de control e interconsulta por neumologia, suspender amiodarona."[49]

Para claridad del despacho, la literatura médica aportada por los accionantes correspondiente a un caso clínico, titulado **TOXICIDAD PULMONAR POR AMIODARONA,** se indica sobre el riesgo de toxicidad del medicamento, que éste se encuentra relacionado con la dosis y el tiempo de consumo del mismo; además, da cuenta de cuál es el paso a seguir si se presenta alguna toxicidad:

> "La toxicidad pulmonar por amiodarona (TPA) es un efecto secundario ampliamente conocido de este medicamento; **el cual se correlaciona estrechamente con la dosis total acumulada más que con los niveles de fármaco en suero.** Puede asemejarse a la infección pulmonar, insuficiencia cardiaca, tromboembolismo pulmonar o enfermedad pulmonar restrictiva, por lo que el diagnóstico puede retrasarse si no existe una fuerte sospecha clínica. Se puede manifestar como: neumonitis intersticial crónica, neumonía organizada, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) o una masa pulmonar solitaria. Es un diagnóstico de exclusión, donde la tomografía computarizada (TC) de tórax es una

[49] Folio n° 52, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

herramienta útil para el diagnóstico. **La interrupción de la amiodarona es el tratamiento primario para la TPA, para los pacientes con toxicidad pulmonar sintomática, los esteroides sistémicos pueden ser valiosos."**[50] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Posteriormente el especialista en neumología Dr. RICARDO PABLO MOSQUERA CHONILLO, deja interrogada la causa de la Enfermedad Pulmonar Intersticial (Neumonía intersticial aguda) presentada por la paciente, y reitera la suspensión de la AMIODARONA.

Por ello se da inicio a la administración de Prednisona, un corticoide que permite disminuir el proceso inflamatorio, tratamiento que según la literatura, **permite en un 85% de los pacientes, junto con la suspensión del fármaco, tener una mejoría y reversión de la fibrosis pulmonar.**

"*Con respecto al tratamiento, la retirada del fármaco puede ser la única medida terapéutica, si la enfermedad es autolimitada. Sin embargo, con frecuencia es necesario utilizar corticoesteroides.* ***Se ha observado con el empleo de corticoesteroides una mejoría radiológica en un 85% de los casos, con un menor desarrollo de fibrosis en los pacientes con un estadio avanzado de la enfermedad***" [51] (Resaltado y subraya fuera del texto)

En el caso de la paciente, el riesgo de toxicidad en el pulmón por el medicamento es relativamente bajo, **de 1 a 2% con dosis bajas menores de 400 mg al día**. En el caso de la señora Galvis (QEPD), esta es precisamente la dosis que estaba recibiendo, de 200 mg dos veces al día; es decir, tenía una dosis terapéutica normal de 400 mg al día.

No existe entonces una dosificación inadecuada o exagerada en el presente caso, y el riesgo de la complicación resultaba bajo, si lo comparemos con los porcentajes de riesgo de otros medicamentos, por ejemplo, con la ASPIRINA, en donde el riesgo de sangrado intestinal es de 3% y en mayores de 70 años aumenta al 12% de tener un sangrado digestivo; a pesar de esto, la aspirina sigue siendo usada y se emplea en los casos en donde hay indicación médica.

Como puede verse, tanto la identificación del efecto secundario del medicamento como el tratamiento adecuado fueron instaurados a la señora Galvis (QEPD), ante la sospecha de la ocurrencia de un riesgo de toxicidad, se tomaron las conductas que la propia literatura médica indica.

En todo caso, vale la pena recordar que todo tratamiento sea quirúrgico, farmacológico, terapéutico, etc., conlleva riesgos: no existe un acto médico que no conlleve un riesgo, pero ello no significa que su realización sea una violación de la *lex artis*. De seguir la tesis de los demandantes, ningún medicamento o procedimiento se hubiera podido llevar a cabo para salvar a la paciente de su patología grave, pues todos conllevan la probabilidad de ocurrencia de un efecto secundario.

Sobre el tema de los riesgos, ha expresado la Corte Suprema de justicia que:

"**Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución**. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos **riesgos inherentes** a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.

---

[50] Caso Clínico. Toxicidad pulmonar por amiodarona. Anexo (09) aportado por los demandantes.
[51] Fibrosis pulmonar por amiodarona. Ver en: https://www.revistadepatologiarespiratoria.org/descargas/pr_9-2_77-80.pdf.

La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es *"contingencia o proximidad de un daño (…). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (…). Estar expuesto a perderse o a no verificarse"*[52]; e inherente entendido como aquello: *"Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello"*[53]. Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*.

De tal manera, probable es, que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente; no obstante, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa y al acaecer menoscabos lesivos, pretenda ejecutar un daño al enfermo o, incursione por ejemplo, en las lesiones personales al tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano. De ningún modo, el delito o el daño a la humanidad del doliente es la excepción; no es regla general, por cuanto la profesión galénica por esencia, es una actividad ligada con el principio de beneficencia, según el cual, es deber del médico, contribuir al bienestar y mejoría de su paciente. Al mismo tiempo la profesión se liga profundamente con una obligación ética y jurídica de abstenerse de causarle daño, como desarrollo del juramento hipocrático, fundamento de *la lex artis*, que impone actuar con la diligencia debida para luchar por el bienestar del paciente y de la humanidad, evitando el dolor y el sufrimiento."[54]

En este orden de ideas, nada de irregular se puede evidenciar en este caso, no existe prueba que demuestre algún yerro en la atención brinda a la paciente en la CLINICA FARALLONES S.A; por el contrario, *en la Historia Clínica hay evidencia,* de que mi representada cumplió con las obligaciones legales y contractuales que le eran exigibles, a través de los servicios que le fueron prestados de manera adecuada, oportuna y diligente, por parte de cada uno de los profesionales que tuvo contacto con el paciente.

e-EN LAS ATENCIONES DEL 8 y 9 DE MAYO DE 2014, FECHA EN LA CUAL FALLECE LA PACIENTE, NO EXISTIÓ NINGUNA CONDUCTA REPROCHABLE DE MI REPRESENTADA

Es necesario tener en cuenta que la señora Galvis (QEPD), presentaba una neumonía severa y el 9 de mayo de 2014 empeoró su estado, lo cual hizo recomendable su hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo; no obstante, para ese momento no contaba en la CLINICA FARALLONES con cupo en esta unidad, y por ello se decidió iniciar los trámites para su remisión.

Para contextualizar lo sucedido, vale la pena tener en cuenta lo registrado en la historia clínica **los días 8 y 9 de mayo de 2014**:

-El 8 de mayo a las 18:11, por parte del médico general Dr. *HECTOR FABIO MORENO MINA* se registra lo siguiente:

"EVOLUCION

[52] RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 1304
[53] RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 824.
[54] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia del 24 de mayo de 2017. MP. Dr.: Luis Armando Tolosa Villabona. (Sc-7110-17)

paciente buenas condiciones genrales afebril hidratada tolera la via oral no fiebre no vomito no dolor toracico cpontrol de troponina negativo. pacietne con buenas condicones genrales afebril hidratada tolerala via oral **no signos de dificultad respiratoria. se comento con el dr muñoz quien considera se debe dar salida y continuar igual manejo ambulatorio, se le explica a los familiares parecen entender y aceptan las recomendaciones."**[55] (Resaltado y subraya fuera del texto)

-El 9 de mayo a las 02:32, por parte del médico general Dr. *LEONES OSORIO EMIRO ANTONIO* se registra lo siguiente:

"ENFERMEDAD ACTUAL

PTE RECONSULTANTE CON HISTORIA CONOCIDA DE PATOLOGIA DE BASE PULMONAR :FIBROSIS PULMONAR+HIPERTENSION PULMONAR+FA+ENF DE ALZHEIMMER **EN TTO QUIEN PRESENTO CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Y DESATURACION DE DIFICIL RECUPERACION POR LO CUAL ES TRAIDA POR SERVICIO EMI, EL PACIENTE NO FUE COMENTADO**."[56] (Resaltado y subraya fuera del texto)

De esta nota debe resaltarse que la paciente no fue comentada, lo cual significa que fue llevada por el servicio de URGENCIAS EMI, sin haber consultado si existía disponibilidad de camas en caso de requerir una unidad de cuidados intensivos.

-El 9 de mayo a las 11:49, por parte del médico general Dr., *WILLIAM ANGELLO ANGULO GIL,* se registra lo siguiente:

"OBSERVACIONES Y OTROS

Rx Torax : Hay discreto reforzamiento del intersticio . se observan multiples opacidades intersticiales de tipo vidrio esmerilado que comprometen ambos parenquimas pulmonares . no derrames . Hay crecimiento de las cavidades cardiacas derechas e izquierdas . Hilios sin lateraciones . No se determinan masas o nodulos . **PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS , SE VALORA CON LA DRA LARRAÑAGA (M. INTERNISTA DE TURNO), QUIEN ORDENA HOSPITALIZACION EN HOME CARE CON AMPICILINA /SULBACTAM 1,5 GR AMP EV + CLARITROMICINA 500 MG VO , OXIGENO DOMICILIARIO , TERAPIA RESPIRATORIA 2 VECES AL DIA , VISITA MEDICA (2)**."[57] (Resaltado y subraya fuera del texto)

-El 9 de mayo a las 14:08, por parte de la médico general Dra. *NATALIA ANDREA SUÁREZ AVELLANEDA,* se registra lo siguiente:

"EVOLUCION

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SINDROME MENTAL ORGANICO + FIBROSIS PULMONAR + HIPERTENSION PULMONAR SEVERA + HTA + EPID EXACERBADO, **EN QUIEN SE HABIA INDICADO MANEJO POR HOME CARE. LA PACIENTE PRESENTA EPISODIO DE DESATURACION 70%. POR SE DEJA CON VENTURY PERSISTE DESATURADA** , SE INICIA CIPAF, CON SV FC 111 FR 36 PA 100/70 SAT 98%, SE DECIDE CONTINUAR CIPAF, SE ADMINISTRA MIDAZOLAM 2.5MG **Y REVALORACION POR MEDICINA INTERNA**."[58] (Resaltado y subraya fuera del texto)

-El 9 de mayo a las 18:14, por parte de la médico general Dra. *NATALIA ANDREA SUÁREZ AVELLANEDA,* se registra lo siguiente

[55] Folio n° 75, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[56] Folio n° 76, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[57] Folio n° 78, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[58] Folio n° 79, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

"EVOLUCION

PACIENTE CON ANTECEDENTE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, EN EL MOMENTO EXACERBADA POR SOBREINFECCION, SINDROME MENTAL ORGANICO, HIPERTENSION PULMONAR SEVERA, HTA , **QUE PRESENTO EPISODIO DE DESATURACION POR LO QUE SE CANCELO TRAMITE DE HOMECARE, SE VALORA PACIENTE CON DR MUÑOZ (INTERNISTA DE TURNO) QUIEN CONSIDERA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES, CON ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA POR LO QUE SE INDICA IOT Y POSTERIOR TRASLADO A UCI. SE COMENTA PACIENTE CON DR DE LA CRUZ (INTENSIVISTA) QUIEN REFIERE QUE NO HAY DISPONIBILIDAD DE CUPO EN UCI.**

OBSERVACIONES Y OTROS

SE EXPLICA A LOS FAMILIARES REQUIRIMIENTO DE IOT. REFIEREN ACPEPTAR. SE COMENTA PACIENTE CON ALIS CORREA DE CRAUH PARA INICIAR REMISION A INSTITUCION CON DISPONIBILIDAD DE UCI, REFIERE QUE RESPONDERA CUANDO TENGA RESPUESTA."[59] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Como se puede ver, está registrado el trámite para hacer la remisión de la paciente a otra institución que tenga disponibilidad de UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, y es el CRAUH el que determina a donde se debe llevar la paciente.

-El 9 de mayo a las 19:09, por parte de la médico general Dra. *NATALIA ANDREA SUÁREZ AVELLANEDA,* se registra lo siguiente

"EVOLUCION

RECIBO LLAMADA DE DIANA ACEVEDO DEL CRAUH, QUIEN ME COMUNICA QUE LA PACIENTE FUE ACEPTADA EN LA UCI CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, POR EL DR BORJA CON EL CODIGO DE ACEPTACION JM0905605.

OBSERVACIONES Y OTROS

PENDIENTE IOT PREVIO A TRASLADO, SERA REALIZADO POR DR MUÑOZ (INTERNISTA)."[60] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Respecto al traslado de la paciente, se debe decir que no es cierto que la ambulancia no haya sido medicalizada; por el contrario, tal y como se registra en la historia clínica esta era la característica de la ambulancia en la que fue remitida.

-En las notas de enfermería[61] se registra:

solucion salina.

HORA:	21:00:00	TÍTULO:	TRASALDO	IMPORTANCIA:	Ninguna
SUBJETIVO-OBJETIVO			ANÁLISIS-PLAN		
pcte sale remitiad en traslado en ambulancia medicalizada para clinica rosario en compañaide de personla de medical grup y fmailaires con accesoOs venoso permeables con sedacion y soporte ventilatorio con IOT			TAMAYO GIRALDO HEIDY YOHANNA		

CONTROL DE MEDICAMENTOS

-El 9 de mayo a las 23:56, por parte del médico general Dra. WALTER ALI BACARET CARDENAS, se registra lo siguiente

"EVOLUCION

[59] Folio n° 81, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[60] Folio n° 83, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[61] Nota de enfermería del 9 de mayo a las 21:00 horas; Ver folio 75 del pdf que se aporta con la contestación.

> PACIENTE DE 79 AÑOS CON MULTIPLES COMORBILIDADES, FALLA CARDIACA, ENFERMEDAD PULMONAR INTESTICIAL , FIBROSIS PULMONAR, HIPERTENSION PULMONAR, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER QUIEN PRESENTO CUADRO DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA QUE POSTERIORMENTE PRESENTA CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA QUE PROGRESA A FALLA VENTILATORIA **POR LO QUE ES NECESARIO INTUBACION OROTRAQUEAL. SE PROCEDE A REMITIR LA PACIENTE SE RECIBE AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA TRASLADO. DURANTE EL TRASLADO LA PACIENTE PRESENTA PARO CARDIACO. SE PROCEDE A ACTIVAR CODIGO AZUL. SE INICIA REANIMACION CARDIOPULMONAR LIDERADO POR DR. DE LA CRUZ INTENSIVISTA DE TURNO Y EQUIPO MEDICO DE UCI**, SE REALIZAN COMPRESIONES TORACICAS Y SE ADMINISTRA SUCESIVAMENTE ADRENALINA EN BOLOS EN 6 OCASIONES. SE CANALIZA PACIENTE PARA REANMIACION HIDRICA SIMULTANEA, PACIENTE MONITORIZADA PERMANENTEMENTE QUIEN PRESENTA ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO CON RITMIO IDIOVENTRICULAR. SE REAMINMA PACIENTE DURANTE 20 MINUTOS SIN LOGRAR RECUPERACION DEL PULSO. DURANTE LA REANIMACION LA PACIENTE PRESENTA SANGRADO ABUNDANTE POR EL TUBO OROTRAQUEAL. SE REALIZAN ASPIRACION SUCESIVAS. PACIENTE SIN SIGNOS VITALES. SE DECLARA FALLECIMIENTO A LAS 21:48.
>
> **OBSERVACIONES Y OTROS**
>
> SE REALIZA CERTIFICADO DE DEFUNCION Y EPICRISIS.**NOTA: EL TRAMITE DE REMISION A LA UCI DE CLINICA DEL ROSARIO SE VIO ENTORPECIDO DEBIDO A QUE LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE NO PERMITIERONEL PRONTO TRASLADO, REFIRIENDO QUE DESEABAN CONTINUAR EL MANEJO EN ESTA INSTITUCION A PESAR DE EXPLICARLES EN VARIAS OCASIONES LA NO DISPONIBILIDAD DEL CUPO EN LA UCI Y LA NECESIDAD IMPERIOSA DE SER REMITIDA PARA EL MANEJO EN CUIDADO INTENSIVO.** "[62] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Se resalta de esta nota además de que el traslado se hizo en ambulancia medicalizada, el hecho de que el médico en su nota, llamara la atención sobre la conducta de los familiares que demoró el traslado de la paciente a la UCI de la CLINICA DEL ROSARIO donde ya había sido aceptada.

f-LA CULPA COMO ELEMENTO PARA COMPROMETER LA RESPONSABILIDAD SOLO SE DA SI SE VIOLA LA LEX ARTIS; PERO ESTA DEBE MEDIRSE DENTRO DE UN MARCO DE NORMALIDAD.

Sobre el reproche culpabilístico, ha dicho la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 30 de septiembre de 2016 lo siguiente.

> "La culpa de la responsabilidad extracontractual no es un objeto de la naturaleza ni una vivencia subjetiva que pueda ser percibida o sentida, sino que surge de una situación concreta que es valorada a partir de sus posibilidades de realización (como capacidad, potencia o previsibilidad): **el reproche civil no radica en haber actuado mal sino en no actuar conforme al estándar de prudencia exigible, habiendo tenido la *posibilidad* de hacerlo**. «*La culpa civil* –explica BARROS BOURIE– *es esencialmente un juicio de ilicitud acerca de la conducta y no respecto de un estado de ánimo. (…) el juicio de disvalor no recae en el sujeto sino en su conducta, de modo que son irrelevantes las peculiaridades subjetivas del agente*». (Tratado de responsabilidad extracontractual. Santiago de Chile, 2009. p. 78)
>
> (…) **Por medio de la prudencia, entendida como cálculo razonable o discernimiento, se obtienen los mejores resultados en un contexto específico de acción**. La prudencia no es algo abstracto, teórico, metafísico o idealizado, sino la acción concreta y estratégica que se requiere para la obtención de un resultado deseable; es, en suma, la recta razón o el justo medio en las materias o labores prácticas: es cautela, diligencia, moderación, sensatez o buen juicio. **El parámetro para medir la prudencia es el**

[62] Folio n° 86, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.

> **hombre prudente en su desenvolvimiento social y no una idea abstracta.** (PIERRE AUBENQUE. La prudencia en Aristóteles. Barcelona: Grijalbo, 1999. pp. 50, 63, 77, 79)
>
> (…) **La culpa civil sólo logra configurarse cuando se verifican las *posibilidades* reales que el agente tuvo al ejecutar su conducta. Luego, no hay culpa extracontractual cuando el daño ha acontecido en circunstancias tales que el agente no tuvo la *oportunidad* de prever (se reitera que no interesa si en efecto las previó o no), es decir cuando no tuvo la opción de evitar el daño."**[63]

En este sentido la culpa, entendida como una falta de prudencia, de la conducta exigida en un contexto determinado, **solo puede configurarse en la responsabilidad médica, cuando se demuestre que los profesionales de la salud cuestionados, violaron o desconocieron de manera injustificada los parámetros indicados por la *lex artis* en el caso particular**, PUES LA LEX ARTIS DENTRO DE LO NORMAL, constituye el parámetro para medir la conducta de los profesionales de la salud.

Ya hemos explicado que respecto a la posibilidad de la toxicidad del medicamento AMIODARONA, esta se puede dar luego de un año de tratamiento y con dosis altas; pero no es normal o usual que se presente a los dos meses, ni mucho menos en tiempo más corto.

> "Existe un mayor número de casos reportados de afección pulmonar por amiodarona de tipo insidiosa, **cuya presentación fue después de un año de tratamiento con dosis de moderadas a altas**, y es el que más frecuentemente podríamos encontrar en la práctica diaria. Pero existen pocos casos reportados sobre afección aguda con síntomas que se presentan antes de los 2 meses de tratamiento, que comúnmente se asocian a cuadros de sepsis de foco respiratorio o infecciones no complicadas de la vía aérea. Pero no se halló evidencia de casos reportados sobre afección aguda de menos de 5 días como fue nuestro caso en cuestión."[64]

Por esto resulta tan relevante tener en cuenta la ecografía ordenada a la paciente el **12 de enero de 2014** por parte del médico internista de la CLINICA FARALLONES, Dr. CARLOS ALBERTO VICTORIA CARVAJAL, cuyo resultado fue registrado en la historia clínica de la **consulta del día 17 de enero de 2014** en la institución ANGIOGRAFIAS DE OCCIDENTE S.A, con el *Dr. Carlos Contreras Zuñiga*, médico cardiólogo, en donde se deja claro que la paciente cursaba con un cuadro compatible con una falla cardiaca.

Esto cobra importancia en relación con lo dicho lo dicho en la literatura médica, artículo titulado: **Fibrilacion auricular Tratamiento farmacologico de la fibrilacion auricular. Antiarritmicos y anticoagulantes orales, autores Juan Cosin-Salesa, y Juan Jose Olallab,** que fuere aportado por los demandantes, **en donde se deja claro que para pacientes con insuficiencia cardiaca, el uso de la amiodarona, es la única opción de tratamiento, además de ser el medicamento más eficaz:**

> *"Amiodarona*
>
> Ejerce su acción antiarritmica en múltiples canales (sodio, potasio y calcio). **Es el antiarritmico más eficaz en la reducción de recidivas de FA**; **de hecho, en distintos estudios se ha mostrado superior a los fármacos de clase I, a sotalol y a dronedarona.** No obstante, presenta gran cantidad de efectos adversos sistémicos (pulmonar,

[63] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 30 de septiembre de 2016. M.P. Dr.: Ariel Salazar Ramírez. Exp. SC13925-2016.
[64] Fibrosis pulmonar aguda por tratamiento con Amiodarona en un paciente octogenario. A propósito de un caso. Ver en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/366. Anexo (10) aportado por los demandantes

> hepatico, tiroideo, muscular) que se debe tener en cuenta a la hora de prescribirlo, especialmente a jóvenes, ya que su toxicidad es acumulativa.
>
> Dada la tendencia actual con el uso de los antiarritmicos a minimizar los efectos adversos, es prudente dejar la amiodarona como fármaco de segunda elección, **salvo para pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), para los que se convierte en la única opción**."[65] (Resaltado y subraya fuera del texto)

En conclusión, el riesgo de toxicidad en el pulmón por el medicamento es relativamente bajo, **de 1 a 2% con dosis bajas menores de 400 mg al día**. En el caso de la señora Galvis (QEPD), esta es precisamente la dosis que estaba recibiendo, de 200 mg dos veces al día; es decir, tenía una dosis terapéutica normal de 400 mg al día.

No existe entonces una dosificación inadecuada o exagerada en el presente caso, y el riesgo de la complicación resultaba bajo, si lo comparemos con los porcentajes de riesgo de otros medicamentos, por ejemplo, con la ASPIRINA, en donde el riesgo de sangrado intestinal es de 3% y en mayores de 70 años aumenta al 12% de tener un sangrado digestivo; a pesar de esto, la aspirina sigue siendo usada y se emplea en los casos en donde hay indicación médica.

Y lo más importante, al estar la paciente cursando un cuadro compatible con insuficiencia cardiaca, la literatura deja claro **QUE EL USO DE LA AMIODARONA, ERA LA ÚNICA OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN SU CASO.**

Al respecto la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia indica:

> **"En este contexto, por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa**, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes **a la luz de la *lex artis*, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas** (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8º decreto 2280 de 1981), naturalmente "*el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza*", **incluso éticos componentes de su *lex artis*** (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio."[66] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Esta *lex artis ad hoc*, exigida para cada caso concreto, con el cual se va a medir la conducta el profesional investigado, **debe valorarse dentro de un contexto de normalidad**, y bajo el entendido de que era lo objetivamente previsible para el profesional de la salud, debiendo siempre el demandante en este tipo de procesos, demostrar cual es la imprudencia o infracción a esa *lex artis* que se le imputa a los profesionales demandados:

Para corroborar lo anterior, téngase en cuenta lo dicho **en sentencia del 15 de junio de 2016,** por parte de la Corte Suprema, quien recordó, **que la medicina no es exacta, y que las diferentes variables, o la coincidencia de síntomas entre otras, implican una incertidumbre que no permite sentar como regla, que cada vez que el paciente no recupere su salud, ello se debe a la culpa de los profesionales de la salud que lo atendieron**:

> "Sin embargo, aunque no es el eje de la censura la existencia de la responsabilidad civil declarada en las instancias derivada del ejercicio médico, **útil es recordar que a pesar de los grandes avances**

[65] Fibrilacion auricular Tratamiento farmacologico de la fibrilacion auricular. Antiarritmicos y anticoagulantes orales, autores Juan Cosin-Salesa, y Juan Jose Olallab, Anexo (P07) aportado por los demandantes.
[66] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 17 de noviembre de 2011. M.P. Dr.: William Namén Vargas.

científicos que han logrado aumentar las expectativas de vida de la población, la medicina, definida por la DRAE como la *"ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano"*, no es exacta, por estar sujeta en su praxis a diversas variables, entre ellas las reacciones biológicas del paciente al tratamiento, los efectos adversos, **la coincidencia de síntomas entre distintos padecimientos y todos los factores de incertidumbre que la tornan imprevisible frente a principios o criterios con vocación de dogma.**"[67] (Resaltado y subraya fuera del texto)

g-SIN LA EXISTENCIA DE LA CULPA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, NO SE PUEDE COMPROMETER LA RESPONSABILIDAD DE LA IPS CLINICA FARALLONES

La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática en afirmar **que para comprometer la responsabilidad de las instituciones prestadoras del servicio de salud, es indispensable probar que los profesionales que participaron en la atención, incurrieron en culpa**, más exactamente, en lo que se conoce *como culpa profesional o violación de la lex artis*, pues de lo contrario no habrá una razón de derecho que habilite el desplazamiento al patrimonio del demandado de la obligación de indemnizar. En este sentido se dijo en sentencia del 22 de julio de 2010, lo siguiente:

"En tratándose de la responsabilidad directa de las referidas instituciones, con ocasión del cumplimiento del acto médico en sentido estricto, es necesario puntualizar que ellas se verán comprometidas cuando lo ejecutan mediante sus órganos, dependientes, subordinados o, en general, mediando la intervención de médicos que, dada la naturaleza jurídica de la relación que los vincule, las comprometa. **En ese orden de ideas, los centros clínicos u hospitalarios incurrirán en responsabilidad en tanto y cuanto se demuestre que los profesionales a ellos vinculados incurrieron en culpa en el diagnóstico, en el tratamiento o en la intervención quirúrgica del paciente.** Por supuesto que, si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, **en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante,** sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras)."[68] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Hacemos hincapié, en lo expresado por la Corte Suprema de Justicia, respecto a que la no obtención de la curación o de un resultado favorable no permite predicar automáticamente la responsabilidad de las instituciones o de los profesionales de la salud, pues siempre es necesaria la prueba de la culpa:

"…**el mero hecho de la no obtención del resultado esperado pero no prometido, de la curación, no habrá de aparejar necesariamente la responsabilidad del médico**; sino que por el contrario **corresponderá a quien pretenda la reparación, la prueba de que su no obtención obedeció a que el profesional no se condujo con la adecuada mesura, diligencia e idoneidad,** o, si prefiere, a que

[67] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 15 de junio de 2016. M.P. Dra.: Margarita Cabello Blanco. Exp: SC7817. En igual sentido Ver: Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 14 de noviembre de 2014. M.P. Dr.: Fernando Giraldo Gutiérrez. Exp. 15746-14.
[68] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 22 de julio de 2010. M.P. Dr.: Pedro Octavio Munar Cadena. Exp. 00042-01; Reiterado en Sentencia 8 de agosto de 2011. M.P. Dr.: Pedro Octavio Munar Cadena. Exp. 00778-01

existió un comportamiento defectuoso de su parte. O sea que por resultar contrario a toda lógica, **no corresponde presumir la culpa del médico.**"[69] (Se resalta)

C-INEXISTENCIA DE UN NEXO CAUSAL ENTRE LA MUERTE DE LA PACIENTE, Y LAS ATENCIONES QUE SE BRINDARON EN LA CLINICA FARALLONES SA.

Cabe recordar que **el nexo de causal** constituye uno de los presupuestos necesarios para que se pueda hablar de responsabilidad; en este sentido indica el Autor Ricardo A. Yagüez que este se considera como otra de las condiciones de existencia de la responsabilidad civil[70]; nexo causal que se refriere **al relación que debe existir entre el comportamiento o conducta del agente y el resultado desfavorable producido**; ésta verificación causal, debe hacerse a través de un estudio retrospectivo donde se tienen en cuenta los hechos acaecidos que se considera han sido el antecedente de la consecuencia presentada.

Incluso, para configurar la responsabilidad civil de un demandado, es necesario que se prueben todos y cada uno de los elementos de la responsabilidad, DAÑO, CULPA y NEXO CAUSAL, de tal forma, que aun en los eventos donde se logre probar un daño, e incluso un actuar culposo, **no habrá lugar a declarar la responsabilidad si no existe una clara relación de causa-efecto que permita concluir que esa culpa es la determinante del daño.**

"Para que a una persona pueda imputársele los efectos dañosos de un acto ilícito **o del incumplimiento de una obligación contractual**, **es necesario que ella seal causa material de aquel acto o de aquel incumplimiento. Es decir, entre daño producido y el hecho obrado por la persona a quien se le atribuye responsabilidad, debe existir una relación de causalidad física o material**."[71] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Bajo estas premisas, lo único que ha quedado demostrado en este caso, es que lo solicitado en la presente demanda, parte de apreciaciones subjetivas de los demandantes, tendientes a sustentar sus pretensiones indemnizatorias, pero, carentes de todo sustento probatorio, jurídico y científico, toda vez que en el presente caso no hay evidencia de una CULPA proveniente de un supuesto error EN EL TRATAMIENTO, y por supuesto no hay prueba de UN DAÑO que pueda considerado como indemnizable y así ser imputado a mi representada.

Ya hemos demostrado que **la afirmación de los demandantes respecto a que las patologías de la Sra. Galvis de 80 años** "no eran necesariamente mortales", es totalmente contraria a la realidad, parte del desconocimiento científico y del afán de sacar un lucro con esta demanda; pero, lo cierto es que las patologías de base de la paciente tales como: problemas pulmonares, cardiacos, neurológicos, reumatológicos y renales, todas juntas y aún de manera independiente, tienen claramente un alto riesgo de descompensación que puede llevar a la muerte y fallecimiento en corto plazo. La sola edad de la paciente ya es una condición que puede llevar al fallecimiento.

Basta con leer la literatura médica aportada por los accionantes denominada **DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LOS SERVICIOS DE**

[69]LORENZETTI, Ricardo Luis. *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo II, Buenos Aires 1997, Editorial Rubinzal-Culzoni, p. 125.
70 Ricardo de Ángel Yagüez. *Tratado de responsabilidad civil*, Madrid, Civitas, Tercera edición, 1993, p. 77.
[71] Jorge Bustamante Alsina, *Teoría de la Responsabilidad Civil,* Buenos Aires, Abeledo-Perrot, Cuarta Edición, s.a, p. 277.

URGENCIAS HOSPITALARIOS, en la cual se señala que esta patología es grave, eleva la probabilidad de mortalidad de los pacientes y conlleva una gran morbilidad:

> "La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más prevalente en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y la causa de más del 3% de las urgencias generales y de más del 10% de los ingresos en el área médica. **Además, es una enfermedad grave, ya que duplica la mortalidad y conlleva una elevada morbilidad, relacionada fundamentalmente con el desarrollo de insuficiencia cardíaca y de tromboembolia arterial.** Así, el riesgo de ictus es cinco veces superior, con una mayor mortalidad, discapacidad residual y recurrencias que los accidentes isquémicos de otras etiologías."[72]

También se ha demostrado que a la paciente y a los familiares si se les dio explicaciones e indicaciones de su tratamiento, como se demuestra en la historia clínica de la atención el día 12 de enero de 2014[73], en donde se puede ver que quedo consignado expresamente que la paciente: "*DEBE TENER CONTROL DE LA ANTICOAGULACION. SE DAN ORDENES INDICACION DE EXAMENES DE CONTROL. VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA*".

Esto fue además corroborado en la anotación del plan de manejo, en donde el médico internista Dr. *CARLOS ALBERTO VICTORIA CARVAJAL*, informa el plan de manejo[74].

Lo anterior también se encuentra consignado en **el folio No 38 asociado,** en donde se dan las ordenes medicas; este documento fue aportado como anexo por parte de los demandantes, el cual puede verse a en el folio nro. 68 del pdf anexado. En este registro se da cuenta que en el punto 5,6 y 7, se repiten las recomendaciones e indicaciones médicas para que la paciente y su familia puedan saber cómo deben actuar ante el tratamiento instaurado.

Para ahondar en explicaciones e informaciones, está también el registro de enfermería **del día 12 de enero de 2014 a las 19:00 horas**, por parte de la enfermera *Andrea Milena Durán García,* quien al darle salida la paciente de la CLINICA FARALLONES, la necesidad de realizarse exámenes periódicos y consultar con su médico[75].

No hay duda entonces, **que el día 12 de enero de 2014** se le explicó a la paciente y a su familiar (hija) sobre la necesidad de control de la anticoagulación, la necesidad de los exámenes permanentes, así como el seguimiento que debía tener con su médico tratante de manera ambulatoria.

También están las recomendaciones y explicaciones en la historia clínica de la atención en ANGIOGRAFÍA DE OCCIDENTE, **en la consulta del día 17 de enero de 2014**, con el Dr. *EDUARDO CONTRETAS ZUÑIGA* médico internista cardiólogo[76].

Fíjese que está claramente consignado que se dan explicaciones, y recomendaciones médicas sobre el manejo de sus medicamentos; no hay duda de que la paciente y su familiar si fueron informados de los riesgos y de los cuidados a seguir con el tratamiento, de tal manera que se desconoce la causa por la cual no siguieron las recomendaciones médicas y la paciente llega de nuevo a la clínica con sobre anticoagulación según registra la historia.

---

[72] Documento de consenso sobre el tratamiento de la fibrilación auricular en los servicios de urgencias hospitalarios. Anexo (05) aportado por los demandantes.
[73] Folio n° 38, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[74] Folio n° 38, de la historia clínica de la CLINICA FARALLONES S.A., que se anexa con la contestación.
[75] Nota de enfermería del 12 de enero de 2014 a las 19:00 horas. Ver folio 36 del pdf que se aporta con la contestación.
[76] Puede verse en los folios nro. 69 y 70 del pdf de la historia clínica anexado por los demandantes.

También se demostró, con la literatura médica aportada por los demandandantes, que el riesgo de toxicidad en el pulmón por el medicamento AMIODARONA, es relativamente bajo, **de 1 a 2% con dosis bajas menores de 400 mg al día.** En el caso de la señora Galvis (QEPD), esta es precisamente la dosis que estaba recibiendo, de 200 mg dos veces al día; es decir, tenía una dosis terapéutica normal de 400 mg al día.

Además, al estar la paciente cursando un cuadro compatible con insuficiencia cardiaca, la literatura deja claro **QUE EL USO DE LA EL USO DE LA AMIODARONA, ERA LA ÚNICA OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN SU CASO.**[77]

Sobre el nexo causal o la imputación como atribución del daño al autor, ha dicho recientemente la Corte Suprema de Justicia que siempre debe estar probada para que se pueda concluir que un hecho si es obra de del demandado y por ello debe entrar a responder:

> "(…) **Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, deberá estar probado en el proceso (sin importar a quien corresponda aportar la prueba), que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación.**
>
> Por supuesto que la causalidad natural desempeñará un papel importante en los eventos en los que se debate una responsabilidad directa por acción, en cuyo caso la atribución del hecho al convocado a juicio se podría refutar si se demuestra que **su conducta no produjo el daño** (no teniendo el deber jurídico de evitarlo), **sino que éste se debió a una causa extraña a su obrar, como por ejemplo un caso fortuito, el acto de un tercero o el acto de la propia víctima."**[78]

Respecto al carga de la prueba de la relación de causalidad "…debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, **el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos**…".[79]

Por lo dicho hasta aquí, le ruego respetuosamente al Señor (a) Juez, declarar probada la presente vía exceptiva, que por sí sola, sirve para enervar todas las pretensiones indemnizatorias de los accionantes.

---

[77] Fibrilacion auricular Tratamiento farmacologico de la fibrilacion auricular. Antiarritmicos y anticoagulantes orales, autores Juan Cosin-Salesa, y Juan Jose Olallab, Anexo (P07) aportado por los demandantes.

[78] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 30 de septiembre de 2016. M.P. Dr.: Ariel Salazar Ramírez. Exp. 13925-16.

[79] Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 15 de Agosto de 2002. Exp: 11.605. En el mismo sentido: Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 14 de junio de 2001, expediente 11.901. "…**tratándose de la relación de causalidad, no se plantea la inversión –ni siquiera eventual- del deber probatorio, que sigue estando, en todos los casos, en cabeza del demandante.** No se encuentra razón suficiente para aplicar, en tales situaciones, el citado principio de las cargas probatorias dinámicas. Se acepta sin embargo, que la demostración de la causalidad se realice de manera indiciaria, siempre que, dadas las circunstancias del caso, resulte muy difícil-si no imposible- para el demandante, la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar." (Resaltado y subraya fuera del texto)

2-LA OBLIGACIÓN QUE NACE EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, ES DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO.

Es muy claro y así ha sido reiterado en múltiples ocasiones por la Jurisprudencia Colombiana, que **la obligación del médico y de la prestación del servicio de salud, es de medios y no de resultado**, pues se considera que se está frente a una de las llamadas profesiones liberales, donde el deudor únicamente asume la obligación de medio o de mera actividad, pues a dichos profesionales sólo se les puede exigir una conducta solícita y diligente, en virtud de la cual han de procurar la obtención de la curación, sin que el resultado –mejoría del paciente-, haga parte del alcance del débito prestacional.

Tener en cuenta lo anterior, sirve para determinar, cuales situaciones le son imputables a manera de reproche a los profesionales y a los centros asistenciales, esto es, determinar si se ha incurrido en una culpa, y esto es así, puesto que no hay otra manera para lograr comprometer la responsabilidad de un profesional, **que con la prueba de hechos dañinos, merecedores de ser calificados como culposos, que hayan sido determinantes del resultado presentado.**

Es un error, como lo señala Ricardo Luis Lorenzetti, seguir juzgando al médico y a las instituciones prestadoras de servicio, como se hace en la actualidad en muchos casos, **por el error o por el riesgo de la enfermedad.** aspectos estos que se consideran ajenos al ámbito obligacional que pueda comprometer la responsabilidad del profesional.

> "Ya hemos establecido que el objeto de análisis en el juicio de responsabilidad es la conducta del médico como plus causal respecto de la enfermedad. **No se trata de juzgar la enfermedad sino aquello que el médico aporta para torcer su curso**; si ello beneficia o perjudica, o es indiferente, o hay una mera abstención cuando debía obrar. Puede ocurrir que no obstante haber prestado una diligencia adecuada, se produzcan adversidades porque la enfermedad es incurable o porque hay errores inculpables."[80]

Así lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, desde 1940:

*"...el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, **sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste**."*[81] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Adicional a lo anterior, existe un mandato legal en nuestro medio que indica claramente que la obligación de los profesionales de la salud es de MEDIO y no de resultado, **y es el art. 104 de la ley 1438 de 2011, la cual modifico el art 26 de la ley 1164 de 2007**, que en ese sentido prescribía lo mismo.

---

[80] Ricardo Luis Lorenzetti. *Responsabilidad civil de los médicos*, Tomo II, Buenos Aires 1997, Editorial Rubinzal-Culzoni, p. 41.

[81] Corte Suprema de Justicia, Sala Casación Civil, Sentencia 5 de Marzo de 1940. M.P. Dr.: Liborio Escallón. De igual forma: Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia 18 de abril de1994. *"...La responsabilidad médica sigue siendo tratada, en la jurisprudencia de la Corporación como de MEDIOS, o sea de PRUDENCIA Y DILIGENCIA, lo que obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención, a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos, y a la práctica del arte de curar, son conducentes para tratar de lograr el FIN deseado, **siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo**"* (Resaltado fuera del texto)

> **ART 104.** AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL Modificase el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el cual quedará así: "Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.** (Resaltado y subraya fuera del texto)

Lo anterior fue corroborado por la **Ley 1571 de 2015,** que en su artículo 17, dispone:

> "***Autonomía profesional.*** **Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo.** Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.
>
> **Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud**, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad r del paciente." (Resaltado y subraya fuera del texto)

La Corte Suprema de Justicia en el año 2016, reiteró la postura de que la medicina no es ciencia exacta, y por ello **implica una obligación de medio, de tal forma** que solo se puede comprometer la responsabilidad en estos eventos, cuando haya prueba de una mala praxis:

> "1**-A pesar de los avances en todos los campos, la complejidad del cuerpo humano impide que hoy en día la medicina sea una ciencia exacta**, de ahí que se estime que su práctica, en términos generales, **corresponde a una obligación de medio.**
>
> **Es por eso que solo si se verifica una mala *praxis* surge la obligación de reparar**, entre otros eventos, cuando se deja de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí, siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexo causal que contempla ley."[82] (Resaltado y subraya fuera del texto)

En el año 2017, se dijo por parte del alto tribunal, que la distinción entre obligaciones de medio y de resultado es trascendental, **para determinar el tema de la carga de la prueba**, y para verificar cuando un resultado desafortunado puede ser endilgado a título de responsabilidad, y cuando dicho resultado a pesar de no ser satisfactorio, no puede ser atribuido a los profesionales de la saludo como obra de su actuar, y por ello no compromete su responsabilidad.

> "**De ahí, sin abandonar el contenido prestacional asumido, en las obligaciones de medio el médico cumplirá su deber desplegando la actividad impuesta por la *lex artis*, independientemente del fin perseguido**; y si son de resultado, por así haberse pactado expresamente, habrá cumplimiento cuando el acreedor obtiene las expectativas creadas. **En las primeras, por tanto, el objeto de la obligación es una conducta idónea, al margen del éxito esperado, como sí acaece en las últimas.**
>
> De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, cual ocurre con intervenciones estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguo, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá pagando la prestación prometida. **Pero si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos que, como tales, escapan a su dominio, *verbi gratia*, la**

[82] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 20 de junio de 2016. M.P. Dr.: Fernando Giraldo Gutiérrez. Exp. SC8219-2016.

etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros."[83] (Resaltado y subraya fuera del texto)

En este sentido, reconociendo que en el presente caso, estamos frente a **UNA OBLIGACION DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO, no queda otra opción que desechar las pretensiones de la demanda, por la ausencia de un actuar culposo de mi representada.**

3-CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES A CARGO DE LA CLINICA FARALLONES SA, COMO ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD RESPECTO DE LAS ATENCIONES BRINDADAS A EL PACIENTE

La CLINICA FARALLONES S.A, está constituida como una entidad prestadora de servicios de salud, cuya función según la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios y leyes modificatorias, es prestar la atención en salud a los afiliados al sistema de seguridad social en salud a través de las EPS.

"**Ley 100 de 1993. ART 156-**. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

(…) i) **Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas paral prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas**. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de tipo comunitario y Solidario;

Ley 100 de 1993. ART 185-. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. "**Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.**

"Decreto 4747 de 2007. ART 3-. Definiciones. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

a. Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados."[84]

Ahora bien, para saber si una IPS puede prestar los servicios de atención en salud y cumple con los estándares de calidad exigidos por el ordenamiento jurídico Colombiano, debemos recurrir a lo expresado **en el Decreto 1011 de 2006,** "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía

[83] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia del 24 de mayo de 2017. MP. Dr.: Luis Armando Tolosa Villabona. (Sc-7110-17)
[84] Ministerio De La Protección Social. **Decreto 4747 de 2007.** "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones."

de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud", sistema que es definido en el art 2 de la siguiente manera:

> ART 2. DEFINICIONES. "Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones: **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS.** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país." (Resaltado fuera del texto)

Para poder cumplir con el SOGCS, se ha creado el entre otros, el sistema único de habilitación, el cual es definido en el artículo 6 del mencionado decreto de la siguiente manera:

> "TÍTULO III. CAPÍTULO I. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. **ART 6.** SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. **Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables paral entrada y permanencia en el Sistema,** los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados al prestación de **servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB**." (Resaltado y subraya fuera del texto)

Como se puede ver, estos requisitos, normas y procedimientos son de obligatorio cumplimiento para cualquier prestador de servicios, y para saber quien cumple con ellos o no, es necesario acudir al base de datos del Registro especial de prestadores de salud, creado por el artículo 10 del Decreto 1011 de 2006[85] de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

En este orden de ideas y para poder quedar inscrito en el Registro especial de prestadores de salud, es necesario que las IPS, presenten un formulario con la indicación de los servicios que desean queden registrados y habilitados, previa realización de una autoevaluación, donde manifiesten que cumplen con las condiciones de habilitación exigidas por la ley[86].

Una vez, verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos para ser inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud, el prestador debe radicar el formulario ante la entidad Departamental o Distrital de salud correspondiente, **teniendo como gran efecto, según lo dicho por el art 13, que a partir de la radicación de la inscripción, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados**.

Como se puede, ver, **el decreto 1011 de 2006** es muy claro y preciso en exponer cuales son las condiciones que debe cumplir un prestador en salud para quedar habilitado y poder así ofertar y prestar los servicios en salud, y para nuestro caso, **CLINICA FARALLONES S.A,** se encontraba debidamente inscrita ante la Secretaría Departamental del Valle del Cauca, en el registro especial de prestadores de servicios de salud.

---

[85] **Decreto 1011 de 2006.** "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Abril 3 de 2006. **ART 10.**

[86] **Decreto 1011 de 2006.** "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Abril 3 de 2006. **ART 11.**

Ningún reproche puede hacerse a CLINICA FARALLONES S.ASAS, pues ha quedado demostrado que es una entidad debidamente inscrita y habilitada por la Secretaría Departamental de salud del Valle del Cauca.

Ruego a usted Señor (a) Juez, declarar en estos términos probada la presente vía exceptiva, que por sí sola, sirve para enervar todas las pretensiones de los accionantes en contra de mi representada.

4-VIOLACIÓN DEL PRINCIPIO DE AUTORRESPONSABILIDAD POR PARTE DE LOS DEMANDANTES AL NO CUMPLIR CON LA CARGA PROBATORIA DE DEMOSTRAR LOS ELEMENTOS CONFIGURATIVOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL

Como quiera que en el presente caso no hay una sola prueba que demuestre alguno de los elementos que configuran la institución jurídica de la responsabilidad civil contractual, se considera que el demandante ha incumplido con la carga probatoria que le impone al parte que solicita una reparación, **en atención al principio de autorresponsabilidad** que le es predicable, tal y como lo ha entendido la Jurisprudencia Contenciosa para quien "Es importante reiterar que, de conformidad con el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil la prueba de los supuestos de hecho a través de los cuales se asegura la causación de un daño incumbe al actor. **Carga de la prueba sustentada, como ha precisado la Sala, en el principio de *autorresponsabilida*d de las partes, que se constituye en requerimiento de conducta procesal facultativa predicable a quien le interesa sacar avante sus pretensiones y evitar una decisión desfavorable**."[87] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Ahora bien, aunque el CGP haya consagrado en el artículo 167 la teoría de la carga dinámica de la prueba, lo cierto es que la carga de los elementos de la responsabilidad sigue estando en cabeza de los demandantes. En este sentido se ha pronunciado recientemente la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, al sostener que **NO ES POSIBLE sin violar el principio de legalidad y el debido proceso**, *que un juez en el proceso cambie o module la carga de la prueba*, postura aplicable a todos los procesos judiciales incluyendo con mayor razón a aquellos donde se discute la responsabilidad médica:

> "**La carga de la prueba, por tanto, está siempre referida a la demostración de los presupuestos fácticos señalados por el precepto jurídico general, impersonal y abstracto aplicable al caso concreto, y éstos únicamente son expresados por la respectiva norma sustancial o por presunciones legales, sin que sea dable al juez crear o suprimir ingredientes normativos a su antojo, so pena de incurrir en una aplicación indebida o en una interpretación errónea de la ley sustancial.** De ahí que siendo la carga de la prueba una regla de conformación sintáctica de la decisión judicial, los detalles de su *distribución* únicamente pueden estar prestablecidos por la norma sustancial que rige la controversia, o bien por una presunción de tipo legal, pero jamás por una invención de estirpe judicial.
>
> (…) **No es posible variar o distribuir la carga de la prueba de los elementos fácticos descritos en las distintas normas sustanciales sin que se viole el sentido original de las mismas, por lo que dicha infracción ameritaría el quiebre del fallo que haya incurrido en tal error, de conformidad con la respectiva causal de casación**.

[87] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 18 de mayo de 2010. C.P. Dra.: Ruth Estella Correa Palacio. Exp. 17.047.

(…) Distribuir judicialmente la carga de la prueba de los supuestos fácticos que contienen las proposiciones normativas implicaría al mismo tiempo alterar la prueba de los hechos en que se soportan las excepciones, pues no es posible que se cambie la carga de la prueba de los supuestos fácticos de la pretensión sin que al mismo tiempo se afecte la carga de la prueba de los hechos en que se basa la excepción; tergiversando todo el sentido de la ley sustancial y socavando las bases del derecho."[88] (Resaltado y subraya fuera del texto)

Es muy clara la Corte con lo dicho en los párrafos que anteceden en hacer énfasis en la imposibilidad de variar por parte del Juez la carga de la prueba; sólo la norma sustancial puede hacer la distribución de dicha carga, es ella quien determina a quién le corresponde probar los supuestos de hecho de previstos en la norma que se desea hacer valer en el proceso. Así las cosas, **si el demandante no logra probar EL DAÑO, EL NEXO CAUSAL Y LA CULPA, se hace imposible para un juez en Colombia, entrar a condenar a un demandado,** pues tal decisión carecería de fundamento jurídico y sería abiertamente ilegítima, y violaría el derecho fundamental al debido proceso.

Conforme a lo anterior, queda claro que el artículo 167 del CGP en ningún momento consagra una regla de INVERSION DE LA CARGA, el juez no puede crear reglas ad hoc para modificar lo estipulado en la normas sustancial, de tal manera que esta posición se convierte en precedente Jurisprudencial del máximo órgano de la jurisdicción ordinaria, en su sala civil, que debe ser respetado por el resto de los jueces.

IV- FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento la presente contestación en la Constitución Política de 1.991, en las normas del Código Civil sobre responsabilidad civil contractual, las normas procesales del C.G.P ley 1564 de 2012, en la ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios y normas que la modifican, el decreto 1485 de 1994, el decreto 1011 de 2006, la ley 1751 de 2915 y en todas aquellas disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

V- RESPECTO A LA CAUNTÍA DE LOS PERJUICIOS INMATERIALES SOLICITADOS

Sobre este tema manifestamos que la petición es contraria a los parámetros establecidos por la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA sala civil, en tanto se pretende traer una jurisprudencia del Consejo de Estado, la cual es ajena y no constituye un precedente para los jueces civiles, por lo cual, solicito en caso de una eventual condena, estarse a lo dispuesto a los parámetros establecidos por la jurisprudencia de la sala civil de la CSJ.

Además, debe quedar claro que el perjuicio daño a la vida en relación no se presume, requiere de prueba para su concesión, tal y como lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia en sentencia 15 de junio 2016, al decir que

[88] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 28 de Junio de 2017. M.P. Dr.: Ariel Salazar Ramírez. Exp. SC9193.

"Y, si, en gracia de discusión, la Corte aceptara que en el escrito incoativo fueron pedidos de manera autónoma e independiente los daños morales y de vida de relación, habría que concluir, prontamente, que el impugnante no señaló, puntualmente, de qué forma se le generó el daño a la vida de relación, pues, como atrás se indicó, no hubo señalamiento concreto de la repercusión en el círculo o frente a los vínculos de la actora. Es más, no se apreció o describió, en particular, qué nexos o relaciones se vieron afectadas, sus características o la magnitud de tal incidencia. Resulta incontrovertible que toda limitación en la salud física o mental de un individuo impacta negativamente su entorno; **sin embargo, ante una reclamación judicial, no puede la víctima dejar al juez conjeturar las repercusiones concretas de esa situación perjudicial y, en el presente asunto**, la afectada se despreocupó de indicar las particularidades del detrimento denunciado, luego, no es dable aseverar su existencia real, determinada y concreta."[89]

IV- RESPECTO A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LOS DEMANDANTES

a-Respecto a las pruebas documentales aportadas en la demanda, me atengo a ellas en lo que respecta a su verdadero alcance probatorio conforme a las reglas del C.G.P., por lo cual solicito al Señor (a) Juez que dichos documentos sean tenidos en cuenta sólo en lo que legal y jurisprudencialmente corresponda.

b- Respecto a la prueba pericial aportada en la demanda, solicito respetuosamente al despacho, citar al perito médico RUBEN DARIO DE LEON GONZALES, a la respectiva audiencia para realizar la contradicción del dictamen.

c- Respecto a la solicitud de la prueba testimonial del psicólogo Leopoldo Muñoz Cuartas, solicito sea citado con la advertencia de que en dicha audiencia haga la exhibición de todos los documentos relacionados con las atenciones brindadas al menor, y los soportes de pagos de las consultas y demás documentos que tengan que ver con su actuación.

V- PRUEBAS QUE SE SOLICITAN CON LA PRESENTE CONTESTACIÓN PARA QUE SEAN DECRETADAS, PRACTICADAS Y VALORADAS

I-Solicito tener en cuenta las **pruebas documentales** que se aportaron con el escrito inicial de contestación de la demanda radicado el pasado 4 de septiembre de 2020 y que relaciono a continuación

1. Copia de la historia Clínica digital del paciente CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD) de las atenciones brindadas en la CLINICA FARALLONES S.A. (Anexo 1, 112 folios en pdf)
2. Copias de los anexos de la historia clínica de la paciente CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD) de las atenciones brindadas en la CLINICA FARALLONES S.A. (Anexo 2, 30 folios)

[89] Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia 15 de Junio de 2016. M.P. Dr.: Margarita Cabello Blanco. Exp. SC7824.

3. Copia de las notas de enfermería digital del paciente CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD) de las atenciones brindadas en la CLINICA FARALLONES S.A, para el mes de enero de 2014. (Anexo 3, 77 folios en pdf)

II-Documentales en poder de los demandantes

Teniendo en cuenta la certificación del psicólogo Leopoldo Muñoz Cuartas, de fecha 30 de marzo de 2019, en donde habla de unas terapias con el menor de edad Fernando Pinzón Franco por la muerte de reciente de su abuela, solicito al despacho lo siguiente:

-Ordenar a los demandantes allegar la historia clínica de dichas terapias desde el año 2014.

Estos documentos deben estar en poder de los demandantes y de su testigo, por lo cual son ellos quien están en mejor condición de aportar estos medios de prueba al proceso; además, dichos documentos no pueden ser solicitados por mi representada a través del derecho de petición, por lo cual, el despacho debe acceder a esta solicitud y ordenar a los demandantes allegar estos medios de prueba al proceso.

III-Declaración de terceros.

De la manera más respetuosa, conforme a lo consagrado en el artículo 212 y 220 del C.G.P, solicito respetuosamente al Señor (a) Juez, se sirva ordenar la práctica de la prueba testimonial que se solicita, y por consiguiente se cite a los siguientes profesionales de la salud que atendieron al paciente; estos testimonios son de suma importancia para determinar el correcto proceder de mi representada en la atención que se le brindó, los cuales van a declarar sobre: los hechos de la demanda, la atención brindada a la Sra. CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD), sobre lo expresado en esta contestación, y sobre los temas técnicos y científicos que rodean este caso.

Las personas citadas actuaran **en calidad de testigos técnicos**, pues además de haber participado o conocido de la atención del paciente, tienen conocimientos técnicos y científicos que interesan al proceso:

1-Dr. GUSTAVO DE JESÚS PARODI TORRES. Médico internista, quien atendió a la paciente en la CLINICA FARALLONES.

El profesional de la salud puede ser ubicado en la Calle 3 Oeste No. 56 - 350 casa 62 de la Ciudad de Cali. Teléfonos de Contacto:3767907-3042535353; correo electrónico: gparodi68@yahoo.com, o gparodi815@gmail.com.

2-Dr. JORGE ALEXANDER ZAMBRANO FRANCO. Médico Internista quien atendió a la paciente en la CLINICA FARALLONES.

El profesional de la salud puede ser ubicado en la Cra 116 # 18-15 de la Ciudad de Cali. Teléfono De Contacto: 5554531-318 712 35 68; correo electrónico: joalezam@hotmail.com.

3-Dr. HENRY ASTUDILLO VASQUEZ. Médico Internista quien atendió a la paciente en la CLINICA FARALLONES.

El profesional de la salud puede ser ubicado en la Calle 2 B # 62 A 29 Pampalinda de la Ciudad de Cali. Teléfonos de contacto 3714764-3173643232; correo electrónico: henryastudillo@hotmail.com.

4-Dr. CARLOS ALBERTO VICTORIA CARVAJAL. Médico Internista quien atendió a la paciente en la CLINICA FARALLONES.

El profesional de la salud puede ser ubicado en la CALLE 9C No. 50-25 consultorio 706, de la Ciudad de Cali. Teléfonos de contacto: 4878004-5133815 ext 4276- 3153222169; correo electrónico: olivar54@hotmail.com, carlosvictoriadoc@hotmail.com.

5-Dr. RICARDO PABLO MOSQUERA CHONILLO. Médico Neumólogo quien atendió a la paciente en la CLINICA FARALLONES.

El profesional de la salud puede ser ubicado en la Calle 5a No 42a-18 B/ Tequendama// Calle 9C No. 50-25 consultorio 1110. Teléfonos de contacto: 5527314-5538093-4878011-3165211396; correo electrónico: rpmosquera@gmail.com, rpmosquera@hotmail.com.

VI-Dictamen pericial de parte.

Con fundamento en los artículos 226 y 227 del CGP, solicito tener el dictamen pericial de parte, elaborado por dos médicos especialistas en medicina interna, los **Dres. HEILER LOZADA RAMOS, Y FERNADO RODRÍGUEZ BAYONA,** quienes de manera conjunta hicieron revisaron la historia clínica completa de la paciente CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO (QEPD) identificado con CC No. 28503099, además de la demanda, el dictamen pericial aportado en la demanda, la literatura científica aportada y aplicable a este caso, y con fundamento en ello, procedieron a rendir el dictamen que se presenta.
Junto con el dictamen se aporta las hojas de vida y títulos de los profesionales, y la literatura médica que fue tenida en cuenta por los peritos para la elaboración del dictamen. Se aporta en archivo pdf en total 89 folios.

Solicito respetuosamente al despacho, tener en cuenta el dictamen de parte que se aportó por mi representada con el escrito inicial de contestación de la demanda radicado el pasado 4 de septiembre de 2020.

V- PETICIÓN

1-Respetuosamente solicito al Señor (a) Juez, con fundamento en la contestación de los hechos, las excepciones propuestas y las pruebas de ellas, se denieguen todas las pretensiones de la demanda, y se exonere de toda responsabilidad a mi representada.

2-Como consecuencia de la anterior declaración, y con fundamento en el artículo 365 del C.G.P, solicito se condene en costas y en agencias en derecho al parte demandante en favor de mi representada.

VI- ANEXOS

Presento con esta contestación, los documentos que fueron relacionados en el acápite de pruebas documentales que se aportan.

VII- NOTIFICACIONES

Mí representada, CLINICA FARALLONES S.ASA, recibirá notificaciones en la en la Calle 9C # 50-25 de la Ciudad de Cali, o en el correo electrónico: centronotficaciones@christus.co.

El suscrito recibirá notificaciones en su despacho, o en la Carrera 116 No 18-10, de la Ciudad de Cali, o en el correo electrónico lfelipegg@gmail.com.

VIII- LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA

Solicito respetuosamente al despacho, tener en cuenta los llamamientos en garantía realizado por mi representada a las aseguradoras CHUBB SEGUROS S.A y ALLIANZ SEGUROS S.A, ratificándome en el contenido de los escritos de llamamiento radicados el pasado 4 de septiembre de 2020.

Respetuosamente,

LUIS FELIPE GIRALDO GOMEZ
C.C. Nro. 75.095.094 de Manizales (Caldas)
T.P Nro. 137.042 del C.S de la J.

COMUNICACIONES ARL POSITIVA 2
COMUNICACIONES DESAJ 17
CORREOS ELECTRÓNICOS PARA ... 1
CORRESPONDENCIA FÍSICA RECI... 6
COVI19
DEPOSTIOS JUDICIALES A PRESC... 1
DIGITALIZACION
Elementos infectados
Historial de conversaciones
Elementos infectados
IMPUGNACIONES ENVIADAS A LA ...
TUTELAS ENVIADAS A LA CORTE 1
Infected Items
LIQUIDACIONES 16
MEMORIALES PROCESOS 22
REPARTO PROCESOS
MEMORIALES TUTELAS
PARA ESTADO 6
PARA NOTIFICACIONES
confirmaciones de entrega 18
REPORTE DE NUMERO DE INGRE... 1
RESPUESTAS AUTOMÁTICAS DIF... 10
Suscripciones de RSS
TUTELAS DEVUELTAS DE LA CORTE
TUTELAS IMPUESTO 3
Carpeta nueva

Archivo local:Juzgado 10 Civil Circ...

Grupos

CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA|DEMANDANTE OLGA PATRICIA FRANCO Y OTROS|DEMANDADO CLÍNICA FARALLONES S.A. Y OTRO|RAD. 76001310301020190027900|MCMD.

El remitente del mensaje ha solicitado confirmación de lectura. Para enviar una confirmación, haga clic aquí.

GA **GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>**
Mié 14/10/2020 15:29
Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Valle De
CC: luifercat@hotmail.com; Martha Liliar

ANEXOS.pdf
772 KB

2 archivos adjuntos (1 MB) Descargar todo

Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura

Señores
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

Referencia: Proceso de Responsabilidad Civil de Olga Patricia Franco y otros vs. Clínica Farallones S.A. y otro.
Radicación: 76001310301020190027900.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, en mi calidad de apoderado de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, de conformidad con lo preceptuado en el Decreto 806 de 2020, en el Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de junio de 2020 y demás normas concordantes, radico por este medio contestación de la demanda instaurada por la señora Olga Patricia Hurtado y otros, y del llamamiento en garantía formulado por la demandada Clínica Farallones S.A., en representación de **ALLIANZ SEGUROS S.A.,** junto con los respectivos anexos.

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021128764 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

29 de Agosto de 2012

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos Identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....11

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....11

Capítulo III - Siniestros.....18

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de carácter general.....21

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Póliza y duración:	Póliza nº: 021128764 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2012 hasta las 24:00 horas del 28/08/2013. Importes expresados en PESO COLOMBIANO. Renovable a partir del 28/08/2013 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AVE 4 NTE N CALLE 9 ESQ - CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delimamarsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00

Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	232,00
Grupo	B
Especialidad	Anestesiólogos, ginecólogos, ginecoobstetras
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Liquidación de Primas — Nº de recibo: 852739962

Período: de 29/08/2012 a 28/08/2013
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	75.000.000,00
IVA	12.000.000,00
IMPORTE TOTAL	**87.000.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Telefono/s: 6083170 0
Tambien a través de su e-mail: delimamarsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

ALLIANZ SEGUROS S.A.



Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.
   Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica es necesario el acuerdo expreso para incluir los siguientes equipos, considerados como riesgos especiales:

   - Equipos de radiografía con fines de diagnóstico
   - Equipos de rayos x
   - Equipos de tomografías por ordenador (scanner)
   - Equipos de radiación por isótopos
   - Equipos de generación de rayos láser
   - Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias,

siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la ley.

El acuerdo expreso contendrá:

- La descripción e identificación del equipo a que se refiere la cobertura.

3. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa, que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.
4. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa, que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.

   No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

5. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. LA COMPAÑÍA sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
6. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES
Esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.

- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.

- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.
- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).

- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) la República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Por tratamientos destinados a impedir o provocar un embarazo o la procreación, (como por ejemplo esterilización, fertilización in Vitro, aborto) al igual que los perjuicios financieros o económicos como consecuencia de la prestación de cualquiera de estos servicios, como por ejemplo el pago de gastos de manutención.
   No obstante lo anterior, quedan amparados los daños a consecuencia de un intervención necesaria y patológicamente indicada. . Para el caso específico del aborto quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño

personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.

7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas. En este último evento, en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
    a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
    b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.

- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en

que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.
Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.

3. **VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. **RECLAMACION:**

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. **SINIESTRO**

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el

agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que **"El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro,** significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que

el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

EI requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.
Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Compromisoria

La Compañía de una parte, y el asegurado de otra parte, convienen someter a un Tribunal de Arbitramento todas las diferencias que se susciten en relación con

el presente contrato de seguro. El Tribunal podrá integrarse con un solo Arbitro o por un número plural de tres (3), según la importancia del asunto. Los Árbitros serán nombrados de común acuerdo por las partes y, si ello no fuere posible, se aplicará lo dispuesto por el Decreto Ley 2279 de 1989. El Tribunal tendrá su sede en la ciudad de Cali su fallo será en derecho y se regirá por las disposiciones legales que regulan la materia y el término del proceso será de seis (6) meses.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales

médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

La responsabilidad civil extracontractual por los daños que se causen a los empleados del asegurado como consecuencia de un accidente de trabajo (R.C. Patronal). Este amparo apera en exceso de la seguridad social, excluye reclamaciones por enfermedad profesional, sublimite 5% del limite asegurado / por persona y 15% del limite asegurado / por año.

Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

*Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza
*Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización
*Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la causión.

*Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

Asistencia en foro Penal.
En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos.

Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura.

Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración.

Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

Contaminación accidental, súbita e imprevista.

Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

Ampliación para el Aviso de Siniestro: No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.
DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

01/03/2012-1301-P-06-RCCH100 V1

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

120830 1359 03101100222O100CO52 CE00067 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021416821 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

30 de Agosto de 2013

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

Capítulo III - Siniestros.....22

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de 27
carácter general

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Póliza y duración:	Póliza nº: 021416821 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2013 hasta las 24:00 horas del 28/08/2014. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2014 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00

Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	232,00
Grupo	B
Especialidad	Anestesiólogos, ginecólogos, ginecoobstetras
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

* Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

* La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

* La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el

Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

* La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

* Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

* Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

1. Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

2. Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

3. Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la causión.

4. Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto,

éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 859634877**

Período: de 29/08/2013 a 28/08/2014
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	74.000.000,00
IVA	11.840.000,00
IMPORTE TOTAL	**85.840.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

ALLIANZ SEGUROS S.A.



Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.
   Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica es necesario el acuerdo expreso para incluir los siguientes equipos, considerados como riesgos especiales:

   - Equipos de radiografía con fines de diagnóstico
   - Equipos de rayos x
   - Equipos de tomografías por ordenador (scanner)
   - Equipos de radiación por isótopos
   - Equipos de generación de rayos láser
   - Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias,

siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la ley.

El acuerdo expreso contendrá:

- La descripción e identificación del equipo a que se refiere la cobertura.

3. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa, que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.

   No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

4. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. LA COMPAÑÍA sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES
Esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.

- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.

- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.
- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza

de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) la República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Por tratamientos destinados a impedir o provocar un embarazo o la procreación, (como por ejemplo esterilización, fertilización in Vitro, aborto) al igual que los perjuicios financieros o económicos como consecuencia de la prestación de cualquiera de estos servicios, como por ejemplo el pago de gastos de manutención.
   No obstante lo anterior, quedan amparados los daños a consecuencia de un intervención necesaria y patológicamente indicada. . Para el caso específico del aborto quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se

encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.

9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas. En este último evento, en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
    a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
    b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar

los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.

- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.
La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:
1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado.
1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado,

y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:
1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:
1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los

documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.
4. **RECLAMACION:**

   En Modalidad CLAIMS MADE

   - Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. **SINIESTRO**

   En Modalidad CLAIMS MADE

   - Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros

ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que **"El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro,** significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha

prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.

b. El tribunal decidirá en derecho.

NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

01/03/2012-1301-P-06-RCCH100 V1

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA
Corredor de Seguros
NIT: 890301584
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

130831 0721 03101100222O100CO52 CE00067 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021610893 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

27 de Agosto de 2014

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

Capítulo III - Siniestros.....22

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de 27
carácter general

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Póliza y duración:	Póliza nº: 021610893 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2014 hasta las 24:00 horas del 28/08/2015. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2015 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	264,00
Grupo	B

Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.

(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

* Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

* La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

* La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por

escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

* La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

* Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

* Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

1. Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

2. Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

3. Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la causión.

4. Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 865701108**

Período: de 29/08/2014 a 28/08/2015
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	72.000.000,00
IVA	11.520.000,00
IMPORTE TOTAL	**83.520.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

ALLIANZ SEGUROS S.A.



Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	Allianz Seguros S.A.

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.
   Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica es necesario el acuerdo expreso para incluir los siguientes equipos, considerados como riesgos especiales:

   - Equipos de radiografía con fines de diagnóstico
   - Equipos de rayos x
   - Equipos de tomografías por ordenador (scanner)
   - Equipos de radiación por isótopos
   - Equipos de generación de rayos láser
   - Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radioactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previsto por la ley.

El acuerdo expreso contendrá:

- La descripción e identificación del equipo a que se refiere la cobertura.

3. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa, que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente.

   No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

4. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. LA COMPAÑÍA sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

   - Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
   - Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
   - Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
   - Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
   - Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
   - Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones

contractuales.

- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)

- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.
- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no

están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.

11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas. En este último evento, en todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
    a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
    b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos,

quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.

La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado.

1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los

individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:

1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos

por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.
4. **RECLAMACION:**

   En Modalidad CLAIMS MADE

   - Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. **SINIESTRO**

   En Modalidad CLAIMS MADE

   - Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que **"El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro,** significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los

efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

EI requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.
Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.
La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.
Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

01/03/2012-1301-P-06-RCCH100 V1

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA
Corredor de Seguros
NIT: 890301584
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

28-08-2014 00:35:22 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021805762 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

26 de Agosto de 2015

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

Capítulo III - Siniestros.....23

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de carácter general 28

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 021805762 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2015 hasta las 24:00 horas del 28/08/2016. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2016 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	272,00
Grupo	B
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

* Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

* La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

* La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las

credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

* La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

* La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

* Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

* Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

1. Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

2. Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

3. Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la causión.

4. Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración.

Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	Allianz Seguros S.A.

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa
Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales
LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
    - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
    - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
    - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética,salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.
Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.
Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.

La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado.

1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de

carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:

1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos

por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.
Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.

2. **BENEFICIARIO:** Es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.

3. **VIGENCIA:** Es el período comprendido entre las fechas de iniciación y terminación del amparo que brinda la póliza, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo. La cobertura de la presente póliza se otorga para trayectos cuya duración no sea superior a cinco (5) días. Si el trayecto tiene estimados días adicionales, esta situación deberá comunicarse a la compañía con por lo menos dos (2) días de anterioridad al cumplimiento de los cinco (5) días iníciales previstos para el trayecto.

4. **RECLAMACIÓN:**
En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. **SINIESTRO:**
En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. **LIMITE ASEGURADO.**

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por

evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a

subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.

10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a

prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las

condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

20. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo

durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

23/07/2015-1301-P-06-RCCH100 V2

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA

NIT: 890301584
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

06-01-2016 01:00:26 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
021968943 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

29 de Agosto de 2016

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 13

Capítulo III - Siniestros.....23

Capítulo V - Cuestiones fundamentales de carácter general 28

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 021968943 / 0 Suplemento N°: 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2016 hasta las 24:00 horas del 28/08/2017. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2017 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 890301584 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	261,00
Grupo	B
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

1. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

2. La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

3. La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

4. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el

Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

5. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

6. La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

7. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

8. Culpa Grave: Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio.

9. Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

* Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

* Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

* Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la caución.

* Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración

por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

SUBJETIVIDADES:
La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 877606097**

Período: de 29/08/2016 a 28/08/2017
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	70.000.000,00
IVA	11.200.000,00
IMPORTE TOTAL	**81.200.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa
Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales
LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
    - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
    - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
    - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética,salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.
Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.
Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.

La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado.

1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de

carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:

1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos

por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

Capítulo V
Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.
Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:
En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:
En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la

indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en esta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los

efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del C. de C.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) hábiles días a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

20. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

23/07/2015-1301-P-06-RCCH100 V2

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA

NIT: 890301584
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

30-08-2016 01:37:24 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022144553 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

30 de Agosto de 2017

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES SA

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....13

Capítulo III - Siniestros.....22

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Asegurado:	CLINICA FARALLONES SA NIT: 8002124227 CL 9C CR 50 25 CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 022144553 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2017 hasta las 24:00 horas del 28/08/2018. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2018 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 8903015840 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 9C CR 50 25

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	347,00
Grupo	B
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

1. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

2. La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

3. La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

4. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el

Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

5. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

6. La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

7. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

8. Culpa Grave: Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio.

9. Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

* Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

* Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

* Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la caución.

* Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración

por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

DEMÁS EVENTOS:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

SUBJETIVIDADES:
presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A

Liquidación de Primas **Nº de recibo: 883067954**

Período: de 29/08/2017 a 28/08/2018
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	72.000.000,00
IVA	13.680.000,00
IMPORTE TOTAL	**85.680.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES SA	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa
Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales
LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
    - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
    - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
    - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.
2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética,salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la

obligación de:

a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.
Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.
Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:
- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo

Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.

La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:

LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones

Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:

1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.
2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:
1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que

puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de

ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto

de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.

10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.

10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.

10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.

11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.

11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.

11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta

determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.
Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA

NIT: 8903015840
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

31-08-2017 01:01:11 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022320840 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

29 de Agosto de 2018

Tomador de la Póliza

CLINICA FARALLONES S.A.

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

DELIMA MARSH SA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....13

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....13

Capítulo III - Siniestros.....22

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, 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 a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA FARALLONES S.A. NIT: 8002124227 CALLE 9 C NO. 50 - 25 . CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Asegurado:	CLINICA FARALLONES S.A. NIT: 8002124227 CALLE 9 C NO. 50 - 25 . CALI Teléfono: 4878000 Email: paolaa_corream@coomeva.com.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 022320840 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 29/08/2018 hasta las 24:00 horas del 28/08/2019. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 28/08/2019 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	DELIMA MARSH SA Clave: 1070996 AV 6 AN # 23 N - 13 CALI NIT: 8903015840 Teléfonos: 6083170 0 E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CALLE 9 C NO. 50 - 25 .

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	56,00
Grupo	B
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	135,00
Grupo	A

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
3.RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
35.RC Contaminación Accidental, Súbita e Imprevista	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1070996	DELIMA MARSH SA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

CLÁUSULAS & COBERTURAS ADICIONALES:

1. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo, siempre y cuando figuren en una relación que se adhiere a esa póliza, la cual forma parte de la misma.

Adicionalmente la cobertura se extiende a amparar la Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar por fuera de sus instalaciones siempre y cuando se compruebe que están actuando a nombre del asegurado y que estén dentro del territorio nacional.

2. La Responsabilidad Civil indirecta que eventualmente le corresponda al Asegurado por actos de profesionales médicos (Médicos y Cirujanos) empleados, no empleados (adscritos), contratistas o independientes en uso de los predios, equipos y/o personal de apoyo del Asegurado.

3. La Responsabilidad Civil Indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar dichas entidades individualmente , las cuales deberán tener sus propias póliza para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.

4. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por personas que sean miembros o que presten sus servicios para juntas o comités establecidos por el

Asegurado; por ejemplo, juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités y cuando dicha responsabilidad civil se refiera a una acto médico desarrollado en nombre del asegurado.

5. La Responsabilidad Civil imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico vinculado a la institución docente

6. La responsabilidad civil profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados ante la autoridad competente. De tal manera que siempre y cuando sean suministrados por el habrá cobertura.

No obstante lo anterior se excluye la responsabilidad civil por productos del fabricante.

7. Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. la compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

8. Culpa Grave: Se incluye la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio.

9. Cauciones $5.000.000 Evento / $ 20.000.000 Agregado Anual

* Se concede este sublímite en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza

* Las cauciones serán cubiertos dentro del límite de indemnización y no en adición al mismo. El pago de tales reducirá el monto del límite de indemnización

* Esta cobertura se refiere al pago de la prima por la caución.

* Este beneficio adicional se otorga sin deducible.

* Asistencia en foro Penal: En caso de acción Penal contra el Asegurado, el Asegurador podrá colaborar proporcionando al Asegurado, previo su requerimiento por escrito,
asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. Esta colaboración

por parte del Asegurador NO implicará la aceptación de responsabilidad de éste ante el Asegurado o terceros en los términos de esta cobertura. Este es un Beneficio Adicional bajo la discreción absoluta del Asegurador; por tanto, éste podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración. Este Beneficio Adicional se otorga sin Deducible.

* Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios, no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequial, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros

No obstante lo mencionado en el clausulado de la presente póliza, se reemplaza la Cláusula de Arbitramento por el siguiente texto:

CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO MODIFICADA:
Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación que las partes determinen de común acuerdo, según las siguientes reglas: a. El tribunal estará integrado por tres (3) árbitros designados por las partes de común acuerdo; En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación acordado de común acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas. b. El Tribunal decidirá en derecho. No obstante lo convenido aquí, las partes acuerdan que la Cláusula de Arbitramento no podrá ser invocada por la aseguradora, en aquellos casos en los cuales un tercero (damnificado) demande al Asegurado ante cualquier jurisdicción y éste a su vez llame en garantía a la aseguradora. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es la ciudad de Cali

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:
El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

15% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL$10.000.000

DEMÁS EVENTOS:
10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $2.000.000

SUBJETIVIDADES:
presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A

Liquidación de Primas — Nº de recibo: 888790204

Período: de 29/08/2018 a 28/08/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	176.000.000,00
IVA	33.440.000,00
IMPORTE TOTAL	**209.440.000,00**

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, correción de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor DELIMA MARSH SA
Teléfono/s:6083170 0
También a través de su e-mail: delima.marsh@allia2.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Linea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador		Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.
CLINICA FARALLONES S.A.	DELIMA MARSH SA	

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado 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 carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa
Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales
LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

- Reclamaciones por siniestros ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Reclamaciones entre las personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el «ASEGURADO» en los Datos Identificativos de la póliza o por anexo.
- Asbesto
- Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.
- Daños genéticos a personas o animales.
- Productos a Base de sangre.
- Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.

B. LA COMPAÑIA no responde por daños o perjuicios causados:

- Al ASEGURADO así como a sus parientes (Se entiende por parientes del Asegurado las personas ligadas a este hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad).
- A las personas a quienes se extiende la cobertura del presente seguro, así como a los empleados y a los socios del asegurado, a los directivos o a los representantes legales de la persona jurídica asegurada si se trata de una sociedad.
- Cuando esta póliza opere como capa primaria o como exceso de otra póliza de responsabilidad civil contratada por el ASEGURADO, Salvo que dicha condición haya sido expresamente aceptada.

C. LA COMPAÑIA no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro ni de otorgar ningún beneficio a favor de:

(i) La República Islámica de Irán (en adelante "Irán") y sus autoridades públicas, corporaciones, agencias y cualquier tipo de entidad pública iraní,
(ii) Personas jurídicas domiciliadas o que tengan sus oficinas registradas en Irán,
(iii) Personas jurídicas domiciliadas por fuera de Irán en el evento de que sean de propiedad o estén controladas directa o indirectamente por cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i) y (ii) o por una o varias personas naturales residente en Irán y
(iv) Personas naturales o jurídicas domiciliadas o con sus oficinas registradas fuera de Irán cuando actúen en representación o bajo la dirección de cualquiera de las entidades o personas señaladas en los numerales (i), (ii) y (iii)."

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

La cobertura de esta póliza en ningún caso ampara ni se refiere a reclamaciones:

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines

diferentes al diagnóstico o a la terapia.

2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.
3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:
   - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.
   - Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.
6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.
7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.
8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
11. Por cirugía plástica o estética,salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
    a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de

los fabricantes; y

b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.
Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.
Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.
De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.
Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus

actividades normales en relación con:

- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

Amparo
Este amparo impone a cargo de LA COMPAÑÍA la obligación de indemnizar, hasta el valor asegurado indicado en los Datos Identificativos de la póliza, perjuicios que cause el ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por muerte o lesiones corporales de sus empleados como consecuencia directa de accidentes de trabajo.
La cobertura del presente anexo opera única y exclusivamente en exceso de las prestaciones laborales señaladas para tales eventos, de conformidad con el Artículo 216 del Código Sustantivo del Trabajo, en el exceso del Seguro Social, en exceso del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y aún en exceso de cualquier otro seguro individual o colectivo de los empleados.

Exclusiones:
LA COMPAÑÍA no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:
1. Enfermedades profesionales, endémicas o epidémicas.
2. Accidentes de trabajo que hayan sido provocados deliberadamente o por culpa grave del empleado.

Este amparo opera de conformidad con las siguientes estipulaciones:

Definiciones
Para todos los efectos de este amparo y donde quiera que ellos aparezcan, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:
1. Accidente de Trabajo: Es todo siniestro acaecido en forma accidental, súbita e imprevista, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, que sobreviene durante el desarrollo de las funciones laborales asignadas legal y contractualmente al empleado, y que le produce la muerte, una lesión corporal o perturbación funcional.
2. Empleado: Es toda persona que mediante contrato de trabajo presta al Asegurado un servicio personal, remunerado y bajo su dependencia o subordinación, y mientras se encuentra en el desempeño de las labores de su cargo.
3. Enfermedad Profesional: Estado patológico que sobreviene como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el empleado o del medio en que se ha visto precisado a trabajar, bien sea determinada por agentes físicos o biológicos.
4. Enfermedad Endémica: Enfermedad infectocontagiosa que reina en una determinada región.
5. Enfermedad Epidémica: Enfermedad infectocontagiosa a escala local, regional e incluso mundial, que a través de su extensión puede afectar repentinamente a los individuos de una zona geográfica.

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTAMINACION ACCIDENTAL

Amparo

Se cubre los perjuicios patrimoniales que cause EL ASEGURADO con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra por la variación accidental, súbita e imprevista de la composición del, agua, del aire, del suelo o del subsuelo, o bien por ruido, siempre y cuando sea consecuencia de un hecho externo de carácter accidental, súbito e imprevisto, imputable al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones

La compañía no indemniza los daños o perjuicios causados directa o indirectamente por y/o como consecuencia de:
1. Contaminación paulatina o gradual, así como contaminación que no provenga de un evento accidental, súbito e imprevisto.

2. Inobservancia de instrucciones o recomendaciones para la inspección, control o mantenimiento dadas por los fabricantes de artículos o instalaciones relacionadas con la prevención o el control de la contaminación del medio ambiente, así como por cualquier autoridad competente.
3. Omisión de las reparaciones necesarias de los artefactos o instalaciones arriba mencionados.
4. La inobservancia de leyes, normas, resoluciones y decretos de las autoridades u organismos públicos, para la protección del medio ambiente y para la prevención de la contaminación ambiental.
5. Aguas negras, basuras o substancias residuales.
6. Dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.

LA COMPAÑÍA no responde por:
1. Daños ecológicos.
2. Gastos incurridos por el asegurado con el fin de prevenir, neutralizar o aminorar daños a terceros a consecuencia de cualquier tipo de contaminación cubierta o excluida por esta póliza.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y

hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.
La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del Asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero victima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.
La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los

datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.
11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia 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; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros

produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a 30 días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 60 días calendario y 10 días calendario para los amparos de asonada, motín, conmoción civil o popular, huelga y actos mal intencionados de terceros.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

DELIMA MARSH SA

NIT: 8903015840
AV 6 AN # 23 N - 13
CALI
Tel. 6083170
E-mail: delima.marsh@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

31-08-2018 01:06:21 0310110022OI00CO52 CE00127 1070996

Señor
JUZGADO DÉCIMO (10) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (VALLE)
E. S. D.

REF: PROCESO VERBAL DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL// DEMANDANTE OLGA PATRICIA FRANCO GALVIS Y OTROS// DEMANDADO CLINICA FARALLONES // LLAMADO EN GARANTÍA ALLIANZ SEGUROS S.A.

RADICACIÓN: 760013103010**20190027900**

ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMÁN, mayor de edad, vecina de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 67.004.161 de Cali, obrando en esta acto en nombre de ALLIANZ SEGUROS S.A., sociedad legalmente constituida con domicilio principal en Bogotá y con sucursal en Cali, en mi calidad de Representante Legal de la aseguradora, como se acredita con el Certificado expedido por la Cámara de Comercio de Cali que se anexa, comedidamente manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional Nº 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre de dicha sociedad asuma la representación judicial de la compañía en el proceso de la referencia, se notifique del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, los conteste, proponga excepciones, solicite pruebas, interponga recursos y realice todas las actuaciones necesarias e inherentes a su calidad.

El apoderado queda facultado para notificarse, recibir, desistir, conciliar, transigir, sustituir, reasumir, objetar el juramento estimatorio de la cuantía de la demanda y en general, para realizar todas las acciones necesarias e indispensables para el éxito del mandato a su cargo, etc.

El Dr. GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA recibirá notificaciones en la dirección electrónica notificaciones@gha.com.co y podrá ser contactado al celular 3178543795

Cordialmente,

ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMÁN
C.C. Nº 67.004.161 de Cali

Acepto,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C. 19.395.114 de Bogotá
T.P. 39.116 del C.S.J.

Fecha expedición: 16/09/2020 06:11:06 pm

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE CERTIFICADO, EXISTE UNA PETICIÓN EN TRÁMITE, LA CUAL PUEDE AFECTAR EL CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN QUE CONSTA EN EL MISMO.

CERTIFICA

NOMBRE DE LA CASA PRINCIPAL : ALLIANZ SEGUROS S.A.
NIT NRO :860026182 - 5
DOMICILIO :Bogota Distrito Capital
NOMBRE DE LA SUCURSAL :ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1
DOMICILIO :Cali Valle
DIRECCION NOTIFICACION JUDICIAL :AV. 6 A N 23 - 13
CIUDAD :Cali
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: notificacionesjudiciales@allianz.co
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA NOTIFICACIÓN JUDICIAL:notificacionesjudiciales@allianz.co
MATRICULA NRO :178756 - 2

CERTIFICA

QUE EN LOS REGISTROS QUE SE LLEVAN EN ESTA CAMARA DE COMERCIO, FIGURAN INSCRITOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A NOMBRE DE: ALLIANZ SEGUROS S.A.

CERTIFICA

Por Escritura Pública No. 1959 del 03 de marzo de 1997 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 24 de julio de 1997 con el No. 1482 del Libro VI ,Se aprobo la fusión por absorción entre (absorbente) ASEGURADORA COLSEGUROS S A y (absorbida(s)) LA NACIONAL COMPANIA DE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. .

Por Escritura Pública No. 8774 del 01 de noviembre de 2001 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de junio de 2011 con el No. 1515 del Libro VI ,Se aprobo la fusión por absorción entre (absorbente) ASEGURADORA COLSEGUROS S A y (absorbida(s)) CYBERSEGUROS DE COLOMBIA S.A. .

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 676 del 16 de marzo de 2012 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 25 de abril de 2012 con el No. 954 del Libro VI ,cambio su nombre de ASEGURADORA COLSEGUROS S A . por el de ALLIANZ SEGUROS S.A. .

CERTIFICA

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E.P. 4204 del 01/09/1969 de Notaria Decima de Bogota	15962 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 5319 del 30/10/1971 de Notaria Decima de Bogota	15963 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 2930 del 25/07/1972 de Notaria Decima de Bogota	15964 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 2427 del 05/06/1973 de Notaria Decima de Bogota	15965 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 1273 del 23/05/1983 de Notaria Decima de Bogota	86893 de 13/08/1986 Libro IX
E.P. 2858 del 26/07/1978 de Notaria Decima de Bogota	1211 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 3511 del 26/10/1981 de Notaria Decima de Bogota	1212 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1856 del 08/07/1982 de Notaria Decima de Bogota	1214 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1491 del 16/06/1983 de Notaria Decima de Bogota	1215 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1322 del 10/03/1987 de Notaria Veintinueve de Bogota	1216 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 3089 del 28/07/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota	1217 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 4845 del 26/10/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota	1218 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 2186 del 11/10/1991 de Notaria Dieciseis de Bogota	1219 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 1115 del 17/04/1995 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota	1222 de 19/06/1996 Libro VI
E.P. 5891 del 21/06/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota	1946 de 26/09/1996 Libro VI
E.P. 0285 del 18/01/2002 de Notaria Veintinueve de Bogota	1493 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 5562 del 14/05/2003 de Notaria Veintinueve de Bogota	1495 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 0997 del 07/02/2005 de Notaria Veintinueve de Bogota	1496 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1903 del 28/05/2008 de Notaria Treinta Y Uno de Bogota	1497 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 2736 del 08/04/2010 de Notaria Setenta Y Dos de Bogota	1498 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 2197 del 14/07/2010 de Notaria Veintitres de Bogota	1499 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 3950 del 16/12/2010 de Notaria Veintitres de Bogota	1500 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 3759 del 15/12/1982 de Notaria Decima de Bogota	1501 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 447 del 30/03/1994 de Notaria Cuarenta Y Siete de	1502 de 30/06/2011 Libro VI

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Bogota E.P. 9236 del 20/09/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota	1503 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 1572 del 21/02/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1504 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 2162 del 07/03/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1505 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 1366 del 11/06/1997 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota	1506 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 6941 del 16/07/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1507 de 30/06/2011	Libro VI
Bogota E.P. 12533 del 16/12/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota	1508 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 2432 del 24/09/1998 de Notaria Septima de Bogota	1509 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 3298 del 24/12/1998 de Notaria Septima de Bogota	1510 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 1203 del 15/06/1999 de Notaria Septima de Bogota	1511 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 1131 del 28/06/2000 de Notaria Septima de Bogota	1512 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 6315 del 24/08/2000 de Notaria Veintinueve de Bogota	1513 de 30/06/2011	Libro VI
E.P. 7672 del 02/10/2001 de Notaria Veintinueve de Bogota	1514 de 30/06/2011	Libro VI

CERTIFICA

OBJETO SOCIAL. EL OBJETO DE LA SOCIEDAD ES CELEBRAR Y EJECUTAR DIVERSAS MODALIDADES DE CONTRATOS DE SEGURO Y REASEGURO, ACEPTANDO O CEDIENDO RIESGOS QUE, DE ACUERDO CON LA LEY Y LA TÉCNICA ASEGURADORA, PUEDEN SER MATERIA DE ESTE CONTRATO.

EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL, LA SOCIEDAD PODRÁ INVERTIR SU CAPITAL Y SUS RESERVAS DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES QUE REGULAN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, ARRENDAR, HIPOTECAR, PIGNORAR Y ENAJENAR EN CUALQUIER FORMA TODA CLASE DE BIENES MUEBLES, INMUEBLES O SEMOVIENTES; GIRAR ENDOSAR, ACEPTAR, DESCONTAR, ADQUIRIR, GARANTIZAR, PROTESTAR, DAR EN PRENDA O GARANTÍA Y RECIBIR EN PAGO TODA CLASE DE INSTRUMENTOS NEGOCIABLES O EFECTOS DE COMERCIO; DAR O RECIBIR DINERO EN PRÉSTAMO O SIN INTERESES; CELEBRAR CONTRATOS DE SOCIEDAD CON OTRAS PERSONAS QUE TENGAN OBJETOS ANÁLOGOS O CONEXOS Y QUE EN ALGUNA FORMA TIENDAN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO PRINCIPAL. PODRÁ TAMBIÉN GARANTIZAR POR MEDIO DE FIANZAS, PRENDAS, HIPOTECAS Y DEPÓSITOS, SUS OBLIGACIONES PROPIAS Y OBLIGACIONES DE TERCEROS, SI ELLO FUERE LEGALMENTE POSIBLE, Y, EN GENERAL, EJECUTAR TODOS AQUELLOS ACTOS Y CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO SOCIAL Y QUE SE ENCUENTREN AUTORIZADOS POR LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE REGLAMENTAN LA INVERSIÓN DEL CAPITAL Y LA RESERVA DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS.

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICA

Por Acta No. 691 del 27 de marzo de 2014, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de agosto de 2014 No. 1820 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE SUCURSAL	NURYA MACIQUE LLERENA	C.C.38568025
SUBGERENTE SUCURSAL	ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN	C.C.67004161

CERTIFICA

Por Escritura Pública No. 1461 del 09 de agosto de 2000 Notaria Septima de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de octubre de 2000 con el No. 247 del Libro V POR MEDIO DE LA CUAL COMPARECIO EL SENOR JOSE PABLO NAVAS PRIETO, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE BOGOTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 2.877.617 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. Y QUE EN TAL CARACTER CONFIERE PODER GENERAL A LA DOCTORA CLAUDIA ROMERO LENIS, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.873.416 EXPEDIDA EN BUGA, PARA QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD PODERDANTE EJERZA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE LOS JUZGADOS, TRIBUNALES SUPERIORES, DE ARBITRAMENTO VOLUNTARIO Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTE O COMO DEMANDADA, COMO COADYUVANTES U OPOSITORES. B. OTORGAR EN NOMBRE DE LA CITADA SOCIEDAD LOS PODERES ESPECIALES QUE SEAN DEL CASO. C. REPRESENTAR A LA MISMA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL. D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O INTERROGATORIOS DE PARTE, ASI COMO ABSOLVER ESTOS, CONFESAR Y COMPROMETER EN ELLOS A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA. E. OBJETAR LAS RECLAMACIONES QUE PRESENTEN LOS ASEGURADOS A LAS SOCIEDADES PODERDANTES. F. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION GENERAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, RECONSIDERACION Y APELACION, TANTO ORDINARIOS COMO EXTRAORDINARIOS. G. REPRESENTAR A LA CITADA SOCIEDAD EN LAS REUNIONES DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS GENERALES DE SOCIOS DE SOCIEDADES EN QUE AQUELLA SEA ACCIONISTA O SOCIA Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACION PARA TALES ASAMBLEAS O JUNTAS, CUANDO SEA EL CASO. H. EN GENERAL LA DOCTORA MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO CONSAGRADO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL MISMO ORDEN. IGUALMENTE QUEDA FACULTADA EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR Y DESIGNAR ARBITROS ASI COMO TAMBIEN PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 3231 del 14 de agosto de 2007 Notaria Treinta Y Uno de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de septiembre de 2007 con el No. 112 del Libro V , SE CONFIERE PODER GENERAL A WILLIAM BARRERA VALDERRAMA, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No.91.297.787 DE BUCARAMANGA, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) OBJETAR LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS A LA SOCIEDAD PODERDANTE POR ASEGURADORAS, BENEFICIARIOS Y EN GENERAL, CUALQUIER PERSONA, E IGUALMENTE PRONUNCIARSE SOBRE LAS SOLICITUDES DE RECONSIDERACIÓN DE OBJECIONES QUE SEAN PRESENTADAS A DICHA SOCIEDAD, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES. B) ASISTIR A AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES QUE COMPROMETAN A LA SOCIEDAD PODERDANTE, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES.

Por Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 2008 con el No. 132 del Libro V COMPARECIO CLAUDIA VICTORIA SALGADO RAMIREZ, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 39.690.201 DE USAQUEN Y MANIFESTO: QUE OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. QUE EN TAL CARÁCTER Y POR MEDIO DE ESTE INSTRUMETO CONFIERE PODER GENERAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS: ALBA INES GOMEZ VELEZ, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 30.724.774 EXPEDIDA EN PASTO Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADA No. 48.637 Y GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 19.395.114 EXPEDIDA EN BOGOTA Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO No. 39.116, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, JUZGADOS, FISCALIAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES DE CUALQUIER TIPO, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LLAMADAS EN GARANTIA, LITISCONSORTES, COADYUVANTES O TERCEROS INTERVINIENTES. B) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL. C) ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD ANTES MENCIONADA LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D) NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN LA SOLICITUD Y PRACTICA DE PRUEBAS ANTICIPADAS, ASI COMO EN DILIGENCIAS DE EXHIBICION DE DOCUMENTOS, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, COMPARECER A ASISTIR Y DECLARAR EN TODO TIPO DE DILIGENCIAS Y AUDIENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PROCESALES O EXTRAPROCESALES, RECIBIR NOTIFICACIONES O CITACIONES ORDENADAS POR JUZGADOS O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTIR Y REPRESENTAR A LAS COMPAÑIAS EN TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, RENUNCIAR A TERMINOS, CONFESAR Y COMPROMETER A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA, QUEDANDO ENTENDIDO QUE LAS NOTIFICACIONES, CITACIONES Y COMPARECENCIAS PERSONALES DE REPRESENTANTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES QUEDARAN VALIDA Y LEGALMENTE HECHAS A TRAVES DE LOS APODERADOS GENERAL AQUÍ DESIGNADOS Y E) EN GENERAL, LOS ABOGADOS

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

MENCIONADOS QUEDAN AMPLIAMENTE FACULTADOS PARA ACTUAR CONJUNTA O SEPARADAMENTE, ASI COMO PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO ESTABLECIDO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES. IGUALMENTE QUEDAN FACULTADOS EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, RECIBIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR, ASI COMO PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 2426 del 09 de julio de 2009 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de julio de 2009 con el No. 121 del Libro V , MEDIANTE EL CUAL SE OTORGA PODER GENERAL A MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS, IDENTIFICADA CON LA C.C. NRO. 38.873.416 DE BUGA CON TARJETA PROFESIONAL NRO. 83061 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA;PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES MENCIONADAS EJECUTE EN EL VALLE DEL CAUCA Y EL CAUCA LOS SIGUIENTES ACTOS:
A. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS REFERIDAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, FISCALIAS DE TODO NIVEL, JUZGADOS Y TRIBUNALES DE TODO TIPO, INCLUIDOS TRIBUNALES DE ARBITRAMENTO DE CUALQUIER CLASE, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LITISCONSORTES, COADYUVANTE U OPOSITORES. B. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS SOCIEDADES PODERDANTES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL. C. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS LOS RECURSOS ORDINARIOS TALES COMO REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS RECURSOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D. REALIZAR LAS GESTIONES SIGUIENTES, CON AMPLIAS FACULTADES DE REPRESENTACION: NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O EMANADAS DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, O DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES, DESCORRER TRASLADOS, INTERPONER Y SUSTENTAR RECURSOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS, RENUNCIAR A TERMINOS, ASISTIR A TODA CLAE DE AUDIENCIAS Y DILIGENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES CON VIRTUALIDAD PARA COMPROMETER A LA SOCIEDADES PODERDANTES DE QUE SE TRATE, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDADES QUE REPRESENTE. E. RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 3024 del 04 de diciembre de 2014 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de julio de 2015 con el No. 238 del Libro V , COMPARECIÓ ALBA LUCIA GALLEGO NIETO, IDENTIFICADA CON C.C.30278007 DE MANIZALES, MANIFESTÓ: QUE ACTÚA EN SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. QUE POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., (LAS "SOCIEDADES"), EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 263 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CONFIEREN PODER A LOS GERENTES Y SUBGERENTES DE LAS SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES, PARA EJECUTAR, EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, EN EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL SE ENCUENTRE UBICADA LA RESPECTIVA SUCURSAL LOS SIGUIENTES ACTOS:

1. EJECUTAR Y HACER EJECUTAR LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y LAS DECISIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.
2. CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, QUE SEAN PROPIOS DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS DE LAS SOCIEDADES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA.
3. PARTICIPAR EN LICITACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, PRESENTANDO OFERTAS, DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO, Y SUSCRIBIENDO LOS CONTRATOS QUE DE ELLAS SE DERIVEN CUALQUIERA SEA SU CUANTÍA.
4. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE LOS RAMOS AUTORIZADOS A CADA UNA DE LAS SOCIEDADES, INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A PÓLIZAS DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO, PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA, PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD, PÓLIZAS DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES, PÓLIZAS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD.
5. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE DISPOSICIONES LEGALES QUE OTORGUE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN EL RAMO DE CUMPLIMIENTO, CUYO ASEGURADO SEA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.
6. RECAUDAR PRIMAS DE SEGUROS Y RECAUDAR CUOTAS CORRESPONDIENTES A LOS CRÉDITOS QUE OTORGUEN LAS SOCIEDADES.
7. FIRMAR OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS A LAS SOCIEDADES SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE ÉSTAS.
8. CUIDAR QUE TODOS LOS VALORES PERTENECIENTES A LA SOCIEDAD Y LOS QUE ÉSTA TENGA EN CUSTODIA, SE MANTENGAN CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS.
9. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, INSPECCIONES DEL TRABAJO, JUZGADOS, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES SUPERIORES, CONTENCIOSO ADMINISTRATIVOS Y DE ARBITRAMENTO.
10. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.
11. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.
12. FIRMAR, FÍSICA, ELECTRÓNICAMENTE O POR CUALQUIER MEDIO QUE ESTABLEZCA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O LAS ADMINISTRACIONES DE ADUANAS E IMPUESTOS

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

TERRITORIALES, LAS DECLARACIONES DE CUALQUIER TIPO DE IMPUESTOS U OBLIGACIONES TRIBUTARIAS QUE ESTÉN A CARGO DE LAS SOCIEDADES.
13. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS DE SOCIOS DE LAS SOCIEDADES EN LAS CUALES LAS SOCIEDADES SEAN ACCIONISTAS O SOCIAS Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN PARA TALES REUNIONES, CUANDO SEA EL CASO.
14. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.
15. FIRMAR TRASPASOS DE VEHÍCULOS QUE SE EFECTÚEN A NOMBRE DE LAS SOCIEDADES Y ADELANTAR ANTE LAS ENTIDADES COMPETENTES TODAS LAS GESTIONES PERTINENTES AL TRÁMITE DE LOS MISMOS SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE LAS SOCIEDADES.
16. CUMPLIR LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.

CERTIFICA

Demanda de:ADELAISY VALENCIA MUÑOZ Y OTROS
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:ORDINARIO
Documento: Oficio No.496 del 29 de agosto de 2014
Origen: Juzgado 3 Civil Del Circuito Descongestion de Cali
Inscripción: 01 de octubre de 2014 No. 1966 del libro VIII

Demanda de:FERNEY MARIN MURILLO
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
Documento: Oficio No.3823 del 20 de octubre de 2015
Origen: Juzgado 14 Civil Del Circuito De Oralidad de Cali
Inscripción: 18 de noviembre de 2015 No. 2507 del libro VIII

Demanda de:NORVELLY SERNA LARGO C.C.31.479.958
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
Documento: Oficio No.936 del 15 de marzo de 2019
Origen: Juzgado Catorce Civil Del Circuito de Cali
Inscripción: 03 de abril de 2019 No. 913 del libro VIII

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Demanda de:SARA GARZON MUÑOZ; JUAN PABLO GARZON LIBREROS; ALINA MARIA MUÑOZ MOLANO; ANDRES FELIPE GARZON LIBREROS; LILIANA LIBREROS OCAMPO.
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL
Documento: Oficio No.1895 del 25 de junio de 2019
Origen: Juzgado Tercero Civil Del Circuito de Palmira
Inscripción: 28 de junio de 2019 No. 1774 del libro VIII

Demanda de:ZAMARA LORENA SALINAS, JULIAN ANDRES ALVAREZ SALINAS, JORGE ALEJANDRO ALVAREZ SALINAS
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL RESPONSABILIDAD EXTR.
Documento: Oficio No.260 del 12 de marzo de 2020
Origen: Juzgado Primero Civil Del Circuito De Oralidad de Cali
Inscripción: 28 de agosto de 2020 No. 783 del libro VIII

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 3.800 DEL 16 DE AGOSTO DE 1974, NOTARIA DECIMA DE BOGOTA, INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 13 DE AGOSTO DE 1986 BAJO LOS NROS. 27756 Y 1067 DE LOS LIBROS VI Y V, CONSTA QUE SE CONFIRMO LA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO DE UNA SUCURSAL DE LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE CALI.

CERTIFICA

SOCIEDAD

Nombre:	ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1
Matrícula No.:	178756-2
Fecha de matricula:	14 de agosto de 1986
Ultimo año renovado:	2020
Fecha de renovación de la matrícula mercantil:	13 de marzo de 2020
Categoría:	Sucursal Foranea
Dirección:	AV. 6 A N 23 - 13
Municipio:	Cali

Fecha expedición: 16/09/2020 06:11:06 pm

Recibo No. 7758329, Valor: $6.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0820371TJ4

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICA

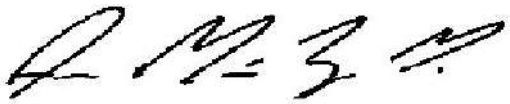
Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

Dado en Cali a los 16 días del mes de septiembre del año 2020 hora: 06:11:06 PM



Señores

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

E. S. D.

Referencia: Proceso de Responsabilidad Civil de Olga Patricia Franco y otros vs. Clínica Farallones S.A. y otro.

Radicación: 76001310301020190027900.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, procedo de manera respetuosa, en primer lugar, a contestar la demanda de Responsabilidad Civil promovida por la señora Olga Patricia Franco y otros, en contra de la Clínica Farallones S.A. y otro, y en segundo lugar, a contestar el Llamamiento en Garantía formulado por la última de los nombrados en contra de mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen en el presente escrito, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su despacho, de conformidad con lo que se consigna a continuación:

OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR

Como es de conocimiento del despacho, el día 04 de septiembre de 2020, mi representada recibió electrónicamente una comunicación por parte del apoderado judicial de Clínica Farallones S.A., a través de la cual se pretendió surtir la notificación personal del llamamiento en garantía formulado por la nombrada entidad, en contra de mi procurada, Allianz Seguros S.A., conforme a lo establecido por el Decreto 806 de 2020.

No obstante, el citado llamamiento solo fue admitido por el despacho mediante Auto Interlocutorio No. 235 de 14 de septiembre de 2020, **notificado electrónicamente el día 15** del mismo mes y año. Resaltado lo anterior, resulta necesario recordar lo previsto en el artículo 8 del citado decreto legislativo, que en su tenor literal reza:

> *Artículo 8. Notificaciones personales. Las notificaciones que deban hacerse personalmente también podrán efectuarse con el envío de la providencia respectiva como mensaje de datos a la dirección electrónica o sitio que suministre el interesado en que se realice la notificación, sin necesidad del envío de previa citación o aviso físico o virtual. Los anexos que deban entregarse para un traslado se enviarán por el mismo medio.*
>
> *El interesado afirmará bajo la gravedad del juramento, que se entenderá prestado con la petición, que la dirección electrónica o sitio suministrado corresponde al utilizado por la persona a notificar, informará la forma como lo obtuvo y allegará las*

evidencias correspondientes, particularmente las comunicaciones remitidas a la persona a notificar.

La notificación personal se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a correr a partir del día siguiente al de la notificación. (…) (Énfasis propio).

Por todo lo anterior, el término de traslado empezó a correr para mi representada los días 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30 de septiembre de 2020, 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 13 y 14 de octubre de 2020. Así las cosas, el presente escrito se encuentra dentro del término legal oportuno para radicarse.

CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

- **PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO**

Es preciso rememorar que el artículo 278 del Código General del Proceso, a su tenor literal reza:

"(….) En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:
1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.
2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.
3. ***Cuando se encuentre probada*** *la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la* ***prescripción extintiva*** *y la carencia de legitimación en la causa.*

Es necesario, a su vez, recordar que el artículo 1081 del Código de Comercio, indica un régimen especial para la prescripción de tales acciones, y señala, asimismo, el cómputo de términos para el efecto. Su contenido literal es del siguiente tenor:

Artículo 1081. Prescripción de acciones*. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes. (Negritas por fuera del texto original).

Lo anterior resulta relevante al proceso, como quiera que tal como se pasa a exponer, existe una evidente prescripción en la acción que deriva del contrato de seguro en virtud del cual se vincula a mi representada al presente proceso.

En efecto, la normativa anterior señala los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, diferenciando entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria, y el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

En cuanto a la interpretación de las expresiones *"hecho que da base a la acción"* y *"momento en que nace el derecho"* la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro[1]:

> *En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> *La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).*
>
> *En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007[2]:*
>
> *...comportan 'una misma idea'[3], esto es, que* ***para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el***

[1] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.
[2] Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.
[3] La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

> ***caso, pues como se aseveró en tal oportunidad 'El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea'****". En la misma providencia esta Sala concluyó que* ***el conocimiento real o presunto del siniestro era "el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario****", pues, como la Corte dijo en otra oportunidad*[4]*, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal "****se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción 'empezará a correr' y no antes, ni después"****.*

Por su parte, el artículo 1131 del C. Co. preceptúa:

> *"Artículo 1131. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima****. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.****"* (Negritas propias).

La H. Corte Constitucional en Sentencia C-388 de 23 de abril de 2008, por medio de la cual declaró exequible el artículo 1131 del Código de Comercio, se pronunció en relación la prescripción del contrato de seguros en materia de responsabilidad civil en los siguientes términos: *"**Y, no siendo igual la posición jurídica del asegurado y de la víctima en el contrato de seguro de responsabilidad, explica por qué en la disposición contenida en el artículo 1131 del Código de Comercio, el legislador no hubiera estado obligado a darles un trato igual respecto del momento a partir del cual comienza a correr el término de prescripción. En efecto, la norma dispuso que, una vez ocurrido el siniestro, a partir de dicha fecha correrá la prescripción respecto de la víctima, y frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial, diferencia de trato que no es contraria a la Constitución.**"*

Descendiendo al caso concreto, tenemos que el término bienal empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020**.

[4] Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

Por lo anterior, solicito respetuosamente al despacho, que con fundamento en los argumentos expuestos, profiera **Sentencia anticipada parcial,** en el sentido de desvincular a Allianz Seguros S.A. de este pleito.

CAPÍTULO I
CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Pese a los argumentos arriba expuestos, de los cuales se desprende que no ha nacido y no podrá nacer obligación alguna a cargo de mi procurada, procedo a pronunciarme sobre los supuestos fácticos y jurídicos invocados por el extremo actor en su escrito demandatorio, así:

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.1. (CONFORME A LA NUMERACIÓN PROPUESTA POR LA PARTE ACTORA): frente a las manifestaciones de este hecho procedo a pronunciarme así:

- No le consta a mi representada de manera directa que la señora Clemencia Galvis de Franco tuviera cuatro hijos, cuatro nietos y una bisnieta, según reseña la parte demandante. No obstante, se resalta que dentro del expediente digital conocido por mi representada, obran copias de los registros civiles de nacimiento de los nombrados en este hecho, con los cuales se presumen las calidades invocadas por los demandantes.

- No le consta a mi representada de manera directa que la señora Clemencia Galvis de Franco hubiere estado afiliada a Coomeva E.P.S., no obstante, la historia clínica que obra en el expediente da cuenta que las atenciones médicas fueron a través de la citada EPS.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.2.: a mi representada no le constan de manera directa ninguna de las manifestaciones de este hecho, por cuanto no participó en las atenciones médicas suministradas a la señora Clemencia Galvis de Franco ni tuvo injerencia alguna en las dichas atenciones. En todo caso, se advierte que según los anexos del escrito demandatorio, la nombrada efectivamente fue atendida en Clínica Farallones S.A., sin embargo, las anotaciones de este hecho corresponden a transcripciones parcializadas e inexactas de la historia clínica, que en cualquier evento, no evidencian ningún acto cuestionable desplegado por la institución demandada.

En cualquier evento y dada la descontextualización que surge en razón a las extractos parciales e inexactos de la historia clínica, transcritos en este hecho, desde ya se manifiesta al despacho que como en líneas siguientes quedará acreditado, la señora Clemencia Galvis de Franco fue oportuna y diligentemente atendida en Clínica Farallones S.A., quien suministró los servicios médicos requeridos, ordenó las ayudas diagnósticas necesarias y además, prescribió el tratamiento científica y técnicamente aceptado para estos eventos.

Lo anterior, teniendo en cuenta además que (como en detalle se explicará) la entonces paciente padecía múltiples deficiencias y patologías que degeneraron su estado de salud, pese a los esfuerzos del cuerpo profesional encargado por procurar su mejoría.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.3.: pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, por cuanto no participó ni tuvo injerencia alguna en las atenciones médicas recibidas por la entonces paciente, se resalta que, conforme a la historia clínica que obra en el expediente, la señora Galvis de Franco efectivamente fue atendida en Clínica Farallones el día 12 de enero de 2014, sin embargo, las anotaciones realizadas por el apoderado judicial de la parte actora respecto a dicho documento, son parcializadas, inexactas y conducen a una apreciación descontextualizada de la condición real de la paciente.

Sea lo primero anotar que, según la historia clínica de la señora Clemencia Galvis, esta reportaba antecedentes de tabaquismo, demencia senil, anticoagulación por varios meses por postración y reemplazo total de cadera, quien además tuvo contacto por años con humo de leña. Para el mes de marzo de 2014 la paciente presentaba hipertensión arterial, evidenciándose además insuficiencia respiratoria. Desde ya se comenta que, como podrá corroborar el despacho con la citada historia clínica, la paciente cursaba diversas afecciones pulmonares.

En la historia clínica del día 12 de enero de 2014 se realizaron los siguientes registros:

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER , ARTROSIS, OSTEOPOROSIS , REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERAS BILATERAL , QUE INGRESA EN AMBULANCIA TRAIDA POR MEDICO DE EMI PORQUE HOY A LAS 12:00 DEL DIA PRESENTO MAREOS, BORRACHERAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA , ACOMPAÑADO DE PÁLPITACIONES , NO REFIERE DOLOR TORAXICO, NO DISNEA . HACE 3 DIAS ESTUVO EN CONSULTA MEDICA CON MEDICO TRATANTE Y LE AUSCULTARON ARRITMIA CARDIACA ASINTOMATICA . HOY LE TOMAN EKG QUE REPORTA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR LENTA , SIN EVIDENCIA DE SIGNOS ISQUEMICOS AGUDOS .

Ante esta condición, el cuerpo profesional encargado ordenó manejo con *AMIODARONA, ENOXAPARINA, WARFARINA.* Sobre el diagnóstico de Fibrilación Auricular de la señora Galvis de Franco y la prescripción de estos medicamentos, conviene reseñar, siquiera brevemente, lo documentado por la literatura médica al respecto:

> *La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más común. Puede presentarse en forma sintomática con palpitaciones, síntomas francos de insuficiencia cardíaca aguda o crónica o, puede cursar sin síntomas, "silente", cuando su diagnóstico se realiza como un hallazgo.* (…)
>
> *En términos generales, se caracteriza por unas contracciones auriculares caóticas que registradas en el electrocardiograma muestran la actividad auricular como unas ondas fibrilatorias irregulares. Esta actividad auricular, cuando se presenta en un corazón con un sistema de conducción atrioventricular normal, causa respuestas ventriculares irregulares y caóticas.* (…)

> *La FA tradicionalmente se asocia con la edad, sexo masculino, hipertensión, hipertiroidismo, alcohol y* ***enfermedades estructurales del corazón****; valvulopatías (especialmente mitral), cardiopatía isquémica, miocardiopatías, pericarditis y embolia pulmonar. En la actualidad se acepta un componente genético. Hay evidencias que los mecanismos íntimos que producen FA son distintos dependiendo de componentes genéticos (13) (Darbar).* ***La FA es entonces una expresión común a muchos mecanismos etiológicos distintos****…*[5] (Énfasis propio).

Sobre el tratamiento para esta patología se ha determinado que:

> *Conceptualmente el tratamiento de la FA debería de ir dirigido al control de estos tres aspectos, prevención del riesgo tromboembólico, mejoría de los síntomas y mejoría del pronóstico ya sea mejorando la disfunción ventricular o la morbimortalidad.* (…)[6]
>
> *… los objetivos del tratamiento para la fibrilación auricular son:*
>
> - *Restablecer el ritmo o controlar la frecuencia.*
> - *Impedir los coágulos sanguíneos, lo cual puede disminuir el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.*[7]

Sobre el suministro de AMIODARONA, particularmente, se ha comentado:

> *Las Guías 2006 de tratamiento de la FA de la Asociación Americana del Corazón, del Colegio Americano de Cardiología y de la Sociedad Europea de Cardiología, establecen a los fármacos antiarrítmicos como primer escalón terapéutico en todas las situaciones clínicas (sin cardiopatía, cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca). Las opciones farmacológicas mencionadas son: propafenona, flecainida, sotalol, dofetilide (no disponible en nuestro medio) y amiodarona. Todas, en mayor o menor grado, han demostrado cierta utilidad en el tratamiento de la FA.* ***Es bien conocido que la amiodarona ha demostrado una mayor eficacia que las demás****…*[8] (El resaltado es propio).

Sobre la prescripción de ENOXAPARINA se tiene dicho:

> *La enoxaparina* ***se usa para prevenir el desarrollo de coágulos*** *en las piernas* ***en aquellos pacientes que están en reposo*** *o que han sido sometidos a un reemplazo*

---

[5] Fibrilación auricular. Presente y futuro. Gaceta Médica de Caracas. Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622009000100003.
[6] Tratamiento Farmacológico de la Fibrilación auricular. Revista Uruguaya de Cardiología. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000100019.
[7] Fibrilación auricular. Recuperado de: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/atrial-fibrillation/diagnosis-treatment/drc-20350630.
[8] Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular: realidad y perspectivas. Revista Uruguaya de Cardiología. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202009000300005.

> *de caderas, de rodillas o que han tenido cirugía en el estómago. Se usa en combinación con aspirinas para impedir las complicaciones relacionadas con la angina (dolor en el tórax) y los ataques cardíacos.* ***También se usa en combinación con warfarina*** *para tratar los coágulos en las piernas.* ***La enoxaparina pertenece a una clase de medicamentos llamados heparinas de bajo peso molecular. Funciona al detener la formación de sustancias que provocan la formación de coágulos****.*[9] (Negritas y subrayas propias).

Finalmente, sobre el uso de la WARFARINA conviene tener presente:

> *La warfarina se utiliza para prevenir que se formen coágulos de sangre o que crezcan más grandes en la sangre o los vasos sanguíneos.* ***Se receta para personas con ciertos tipos de ritmo cardiaco irregular****, personas con válvulas cardiacas artificiales (de reemplazo o mecánicas) y personas que han sufrido un infarto. La warfarina también se usa para tratar o prevenir la trombosis venosa (hinchazón y coágulo de sangre en una vena) y embolia pulmonar (un coágulo de sangre en el pulmón). La warfarina pertenece a una clase de medicamentos llamados anticoagulantes ('diluyentes de la sangre'). Funciona por medio de reducir la capacidad de coagulación de la sangre.*[10] (Resaltado ajeno al texto original).

Con todo lo anterior, se concluye claramente **(i)** que los antecedentes patológicos de la señora Clemencia Galvis son por sí mismos graves y de difícil pronóstico, que requieren tratamiento inmediato, y **(ii)** que la institución demandada actuó conforme las conductas médicas aceptadas para estos eventos, suministrando los medicamentos y tratamientos adecuados y pertinentes. Esto además, podrá verificarlo el despacho a través del dictamen pericial rendido por el doctor Heiler Lozada Ramos, -que obra en el expediente- quien en respuesta a los interrogantes número 3 y 4 manifestó:

> ***Todas las patologías descritas en la historia clínica y presentadas por la paciente con*** *(sic)* ***consideradas graves, toda vez que afectan órganos vitales como el riñón, cerebro, corazón, pulmón y otros; y que al encontrarse juntas y asociado a la edad de la paciente empeoran su pronostico*** (sic) ***de calidad de vida y riesgo de muerte,*** *razón por la cual se hace indispensable garantizar su tratamiento con el fin de minimizar el riesgo antes expuesto.*
>
> *De acuerdo con la descripción de los síntomas y la impresión diagnóstica,* ***se encontraba indicado el tratamiento con anticoagulante y antiarrítmico como la Walfarina y la amiodarona para esta paciente****, para controlar la frecuencia cardiaca y evitar eventos cardioembólicos.* (Énfasis propio).

[9] Enoxaparina. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a601210-es.html.
[10] Warfarina. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682277-es.html.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.4.: frente a las manifestaciones de este hecho procedo a pronunciarme así:

Pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, pues no intervino ni participó en los servicios médicos dispensados a la entonces paciente, se destaca que, a partir de la historia clínica que obra en el expediente, NO ES CIERTO que no se hubiere recibido indicaciones sobre el tratamiento prescrito por la institución de salud encargada. Como se evidencia en el citado documento, se registraron las siguientes anotaciones que dan cuenta de la instrucción e indicación del personal sobre al asunto. Veamos:

ANALISIS SUBJETIVO

PACIENTE CON FA DE NOVO - ASOCIADO A CARDIOMEGALIA Y CEFALIZACION DEL FLUJO OBSERVADO EN RX DE TORAX - PACIENTE Y FAMILIAR (HIJA) NIEGAN PRESENCIA DE DISENEA -TIENE AL PARECER EVENTO CORONARIO ANTIGUO SILENTE. PLAN : ECOCARDIOGRAMA BD TRANSTORACICO - ANTICOAGULACION CON HEPARINA SC INCIALMENTE Y WARFARINA - DEBE TENER CONTROL DE LA ANTICOAGULACION SE DAN ORDNES EN INDICACION DE EXAMENES DE CONTROL - VALORACION PRIORITARIA POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA

DEBE EFECTUARSE EXAMENES DE COAGULACION EN 3 DIAS Y REPETIR EN 5 DIAS : TIEMPO DE PROTROMBINA - PTT ESTOS EXAMENES DEBEN SER REVISADO POR EL MEDICO QUE REGULE EL MEDICAMENTO (ANTICOAGULANTE) WARFARINA

SUBJETIVO-OBJETIVO	ANÁLISIS-PLAN	
PACIENTE QUE ES VALORADA POR MEDICINA INTERNA CON REPORTE DE LABORATORIOS ,MEDICO DA ORDEN DE SALIDA CON CONTROL.SE EXPLICA A LA PACIENTE Y FAMILIAR SE RETIRA ACCESO VENOSO Y SALE POR SUS PROPIOS MEDIOS.	DURAN GARCIA ANDREA MILENA	DEBE EFECTUARSE EXAMENES DE COAGULACION EN 3 DIAS Y REPETIR EN 5 DIAS : TIEMPO DE PROTROMBINA - PTT ESTOS EXAMENES DEBEN SER REVISADO POR EL MEDICO QUE REGULE EL MEDICAMENTO (ANTICOAGULANTE) WARFARIN

Como se evidencia con las anteriores notas, es claro que los profesionales de salud efectivamente suministraron información sobre el tratamiento y los medicamentos ordenados, advirtiendo la necesidad de control sobre los mismos, de manera que la desatención a tales indicaciones corresponde a una conducta desplegada exclusivamente por los demandantes, a quienes es atribuible la consecuencia o el estado de salud derivado de dicha conducta.

Finalmente, frente a la realización del TAC, se indica que efectivamente se llevó a cabo. Este hecho pone en evidencia que el personal encargado mantuvo una conducta tendiente a esclarecer la situación clínica de la paciente, para proceder de forma adecuada con los medicamentos y tratamientos requeridos.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.5.: pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, se destaca que, a partir de la historia clínica que obra en el expediente, no son ciertas las afirmaciones de este hecho, como paso a explicar:

NO es cierto que el médico Henry Astudillo Vásquez hubiese ordenado la suspensión del medicamento AMIODARONA por cuanto “este fármaco lleva a la aparición de FIBROSIS PULMONAR, o si ya existe, empeora el curso de esta enfermedad”. Esta afirmación subjetiva y carente de sustento probatorio, desconoce lo documentado al respecto por la literatura médica y en todo caso, **no corresponde a lo manifestado por el médico tratante.** En la historia clínica de la señora Clemencia Galvis de Franco se consignó de manera literal:

COMENTARIOS

DIAGNOSTICOS:1.Demencia tipo alzheimer2.Insuficiencia respiratoria cronica reagudizada3.Cardiopatia con insuficiencia severe bivbalvular tricuspidea y mitral4.HTA5.Poliartrosis6.Reflujo gastroesofagico7.FASUBJETIVO:Paciente que refiere sentirse mejor, con disnea a pequeños esfuerzosOBJETIVO:cardiovascular PA: 121/59 FC:94 FR:20AP:Paciente estaqble, asintomatica recibe manejo con amiodarona la cual puede aumentar su proceso fibrotico, considero suspender medicamentoPLAN: INR de control e interconsulta por neumologia, suspender amiodarona

En efecto, como se ilustra, el profesional encargado consideró que el medicamento **PODRÍA** influir en el proceso de la entonces paciente, sin embargo, es incierto (y alejado de la realidad técnica y científica) que el suministro del mismo provoque la patología en cuestión. De hecho, dentro del plenario no se ha acreditado que haya sido ese medicamento quien directa y exclusivamente provocó una agravación en el estado de la salud de la señora Galvis de Franco.

En todo caso, debe tenerse en cuenta que el actuar del médico encargado revela una conducta perita, experta y diligente, comoquiera que la misma se trata de prevenir lo que pudiera ser un riesgo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.6.: pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, por cuanto no participó en las atenciones médicas suministradas a la paciente, se destaca que a partir de la historia clínica que obra en el expediente, es cierto en cuanto a que el médico Ricardo Pablo Mosquera interroga la causa de la Enfermedad Pulmonar Intersticial (Neumonía Intersticial Aguda), habiéndose suspendido el uso del medicamente AMIODARONA.

Del mismo documento se desprende que efectivamente existe una anotación del día 07 de abril de 2014 en la que se indicó: *"SALIDA CON OXÍGENO EN CASA".* Sin embargo, conviene recordar al despacho que para ese entonces la paciente presenta óptimas condiciones de salud. La historia clínica documentó:

> *Sin SIRS. Ha permanecido afebril, hemodinámicamente estable, y con buena dinámica respiratoria… Compensada metabólica y volumétricamente. Sin angina o sus equivalentes.*

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.7.: a mi representada no le constan de manera directa las manifestaciones de este hecho, por cuanto no participó ni intervino en las atenciones médicas brindadas a la señora Clemencia Galvis de Franco. No obstante, se resalta que dentro de los anexos del expediente obra una anotación presuntamente emitida por el médico Víctor Orlado Aranda Sánchez, elaborada a mano, que contiene -entre otras- algunas anotaciones transcritas por el apoderado judicial de la parte actora, sin embargo, se aclara que estas no corresponden al tenor literal y exacto del documento.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.8.: pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado en este hecho, se destaca que, a partir de la historia clínica que obra en el expediente, no son ciertas las afirmaciones de este hecho, como paso a explicar:

- Por una parte, debe señalarse que el día 08 de mayo de 2014 la paciente ingresó con las siguientes condiciones:

PACIENTE CONOCIDA EN LA INSTITUCIÓN CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE ZLZHEIMER, HTA POLIARTROSIS, FA EN ANTICOAGULACIÓN CON XARELTO--- PACIENTE INGRESA EL DÍA DE HOY POR PRESENTAR HACE 2 HORAS MAREO, PÉRDIDA DE LA VISIÓN Y DEBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES… INICIALMENTE SIN OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS…HA PRESENTADO MEJORÍA Y CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS DE BASE.

En horas posteriores, su evolución se consignó en los siguientes términos:

EVOLUCION

*******evolucion observacion*******paciente en el momento en buenas condiciones generales, paraclinicos en rangos normales EKG: muestra FA (ya diagnosticada y manejada) troponina negativa. Ahra se encuentra en buena condiciones generales. con soprte de oxigeno de base a 2 litros, tranquila niega dolor toracico, mareo u otro sintoma, comenta que ya se siente mejor, no cefalea. refiere cambios en el aspecto de la orina por lo cual se solicita uroanalisis. se deja en observacion 6 horas mas, en 6 horas tomar nuevamente troponina de control y si es negativa, sumado a estabilidad hemodianmica y clinica se consideraria dar salida.

EVOLUCION

paciente buenas condiciones genrales afebril hidratada tolera la via oral no fiebre no vomito no dolor toracico cpontrol de troponina negativo. pacietne con buenas condicones genrales afebril hidratada tolerala via oral no signos de dificultad respiratoria. se comento con el dr muñoz quien considera se debe dar salida y continuar igual manejo ambulatorio. se le explica a los familiares parecen entender y aceptan las recomendaciones.

Como se observa, para la fecha en cuestión, la paciente se encontraba en buenas condiciones generales y refería mejoría.

- A pesar de lo anterior, el día 09 de mayo de 2014 la paciente presentó cuadro de dificultad respiratoria y desaturación, conforme se registró en su historia clínica. Dadas las condiciones clínicas que para el momento cursaba, se estimó como riesgo una falla ventilatoria que requirió atención en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI. No obstante, para la época de los hechos Clínica Farallones S.A. no contaba con disponibilidad para prestar los servicios de UCI, por lo que de manera inmediata esa Clínica gestionó su remisión a otra institución.

- Conforme a los registros clínicos que obran en el expediente, la paciente fue admitida en la Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica Nuestra Señora del Rosario. Sin embargo, **OMITE** el apoderado judicial de la parte actora señalar que, según el citado documento, el trámite de traslado fue entorpecido por los propios familiares de la demandante, tal como se evidencia enseguida:

OBSERVACIONES Y OTROS

SE REALIZA CERTIFICADO DE DEFUNCION Y EPICRISIS.NOTA: EL TRAMITE DE REMISION A LA UCI DE CLINICA DEL ROSARIO SE VIO ENTORPECIDO DEBIDO A QUE LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE NO PERMITIERONEL PRONTO TRASLADO, REFIRIENDO QUE DESEABAN CONTINUAR EL MANEJO EN ESTA INSTITUCION A PESAR DE EXPLICARLES EN VARIAS OCASIONES LA NO DISPONIBILIDAD DEL CUPO EN LA UCI Y LA NECESIDAD IMPERIOSA DE SER REMITIDA PARA EL MANEJO EN CUIDADO INTENSIVO.

Como se observa, los familiares de la paciente **“NO PERMITIERON EL PRONTO TRASLADO”**, pese a la advertencia del cuerpo profesional al tratarse de un trámite necesario y urgente, que ya se había gestionado ante la Clínica Nuestra Señora del Rosario.

- Así, y como se registró en su historia clínica, durante el traslado (entorpecido por la insistencia de los familiares de la paciente) la señora Clemencia Galvis de Franco sufrió “paro cardiaco”, ante el cual los profesionales procedieron a activar “CÓDIGO AZUL”, realizándose maniobras de reanimación cardiopulmonar por el término de 20 minutos, a pesar de las cuales la paciente no logró su recuperación.

- Debe destacarse al despacho en este punto, que tal como se registra en la historia clínica de la paciente, la misma fue asistida durante su traslado en una AMBULANCIA MEDICALIZADA, asistida por el MÉDICO INTENSIVISTA de turno, y por el EQUIPO MÉDICO DE UCI. Respecto a la ambulancia, se resalta entonces que **NO ES CIERTO,** que se tratara de una corriente, pues además de la anotación anterior, en las notas de enfermería se consignó literalmente:

SUBJETIVO-OBJETIVO	ANALISIS-PLAN	
pcte sale remitiad en traslado en ambulancia medicalizada para clinica rosario en compañaide de personla de medical grup y fmailaires con acceso0s venoso permeables con sedacion y soporte ventilatorio con IOT	TAMAYO GIRALDO HEIDY YOHANNA	

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.9.: frente a las manifestaciones de este hecho procedo a pronunciarme así:

- A mi representada no le consta lo manifestado frente a las afectaciones presuntamente sufridas por el grupo familiar de la señora Clemencia Galvis de Franco, por cuanto ello pertenece a la esfera íntima de los actores. No obstante, si el demandante pretende alguna indemnización por lo descrito en este hecho, deberá acreditarlo en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso.

- Pese a que a mi representada no le consta de manera directa lo manifestado frente a las atenciones y servicios médicos suministrados a la señora Clemencia Galvis de Franco, lo cierto es que a partir de la historia clínica, y tal como se ha explicado a lo largo de este escrito, NO es cierto que se haya prescrito inadecuadamente el medicamento denominado AMIODARONA, primero, porque como se ha documentado, el mismo estaba acertadamente ordenado, conforme a las patologías y condiciones clínicas presentadas por la paciente, y segundo, porque en todo caso, no se acredita en el plenario que tal suministro haya sido supuestamente errado.

  De hecho -muy por el contrario-, conviene que el despacho tenga presente que según el dictamen pericial rendido por el doctor Heiler Lozada Ramos, la dosis de AMIODARONA prescrita para la señora Clemencia Galvis de Franco **fue la dosis mínima para control de los síntomas de la paciente.** Más puntualmente sobre el riesgo de toxicidad alegado por los demandantes, el citado médico indicó textualmente:

  > *De acuerdo con mi experiencia* ***el riesgo de un medicamento no implica contraindicación absoluta para su utilización, toda vez que debe evaluarse el riesgo – beneficio para el caso particular de cada paciente.***

  Así las cosas, no es cierto que este medicamento se hubiese prescrito erróneamente, ni mucho menos que la dosis haya sido inadecuada, pues como se acredita, esta correspondía a la dosis mínima.

- Se reitera que, tal como consta en la historia clínica de la señora Clemencia Galvis de Franco y en las notas de enfermería, tampoco es cierto que el traslado de la nombrada a la Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica Nuestra Señora del Rosario haya ocurrido en una ambulancia básica, pues tal como se ilustró en pronunciamiento frente al hecho anterior, el vehículo correspondía a una AMBULANCIA MEDICALIZADA, siendo la paciente asistida durante este trámite por el MÉDICO INTENSIVISTA de turno, y por el EQUIPO MÉDICO DE UCI.

- En lo demás, este hecho contiene simples apreciaciones de carácter subjetivo, que en todo caso distan de la realidad técnica y científica requerida en el asunto, por cuanto no es cierto que las patologías de la demandante no fueran "necesariamente mortales". Por el contrario, el dictamen pericial referido en líneas anteriores evidenció que la paciente cursaba deficiencias graves.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2.10.: a mi representada no le consta lo manifestado en este hecho frente a la supuesta convivencia del nombrado Jairo Fernando Pinzón Franco con la señora Clemencia Galvis de Franco, ni que la misma hubiera estado a su cuidado. Sin embargo, ello resulta contradictorio de cara a las condiciones reales de la paciente, comoquiera que la nombrada padecía serios antecedentes patológicos que le dificultaban de forma significativa la realización de tareas, como el cuidado de un menor. Tampoco le consta a mi representada la supuesta afectación psicológica descrita en este hecho, comoquiera que ello pertenece a la esfera íntima de los actores. No obstante, si de dicha afirmación se pretende el reconocimiento de un perjuicio, deberá acreditarse en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN CONTENIDA EN EL NUMERAL 3 DENOMINADO "DECLARACIONES Y CONDENAS": me opongo de manera rotunda a la declaratoria de responsabilidad civil del extremo pasivo del litigio, comoquiera que no le es atribuible el fallecimiento de la señora Clemencia Galvis de Franco, y en ese sentido, son inexistentes los supuestos errores en la atención médica dispensada a la nombrada, y el presunto e injustificado error en el tratamiento aducido por el extremo actor.

En efecto, tal como se encuentra acreditado dentro del plenario, es claro que el cuerpo médico encargado no solo actuó con diligencia y sin dilaciones, sino que además proscribió adecuadamente los medicamentos y tratamientos médicos aceptados científicamente, conforma las condiciones clínicas y las evoluciones presentadas por la paciente. Como podrá verificar el despacho, las afirmaciones de la parte actora se encuentra infundadas, primero, porque como se ha documentado, el uso de los medicamentos ordenados estaba acertadamente ordenado, conforme a las patologías y condiciones presentadas por la paciente, y segundo, porque en todo caso, no se acredita que el suministro de algún

medicamento (específicamente el denominado AMIODARONA, al que hace referencia la parte actora), haya estado supuestamente errado.

De hecho -muy por el contrario-, conviene que el despacho tenga presente que según el dictamen pericial rendido por el doctor Heiler Lozada Ramos, la dosis de AMIODARONA prescrita para la señora Clemencia Galvis de Franco **fue la dosis mínima para control de los síntomas de la paciente**. Más puntualmente sobre el riesgo de toxicidad alegado por los demandantes, el citado médico indicó textualmente:

> *De acuerdo con mi experiencia* ***el riesgo de un medicamento no implica contraindicación absoluta para su utilización, toda vez que debe evaluarse el riesgo – beneficio para el caso particular de cada paciente****.*

Así las cosas, no es cierto que este medicamento se hubiese prescrito erróneamente, ni mucho menos que la dosis haya sido inadecuada, pues como se acredita, esta correspondía a la dosis mínima.

Finalmente, como ya se ha explicado, no es cierto que los familiares de la paciente no hayan sido instruidos sobre la prescripción de tal medicamento.

En orden de lo comentado, me opongo a que se declare la pretendida responsabilidad civil de las instituciones demandadas, por los supuestos perjuicios sufridos por el extremo actor, comoquiera que no concurren los elementos configurativos de la aludida responsabilidad y en consecuencia, no ha nacido -y no podrá nacer- la obligación indemnizatoria del extremo pasivo. En igual sentido, me opongo a la infundada pretensión de declaratoria del perjuicio denominado Pérdida de la Oportunidad, habida cuenta su improcedencia y la inexistencia de los elementos que le configuran.

Así las cosas, me opongo a las pretensiones indemnizatorias expresadas en la demanda, a las que procedo a pronunciarme puntualmente así:

FRENTE AL NUMERAL 3.1.1. PERJUICIOS MORALES:

FRENTE A LAS PRETENSIONES NÚMERO 3.1.1.1., 3.1.1.2, 3.1.1.3. Y 3.1.1.4: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de perjuicios morales, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva, y por ende, no surge su obligación indemnizatoria. Pero además de lo anterior, si en gracia de discusión resultara probada la supuesta falla en que incurrió la pasiva, las sumas reclamadas son abiertamente desproporcionadas y contrarían los parámetros que jurisprudencialmente se han dictado sobre el asunto. En efecto, la Corte Suprema de Justicia accedió al reconocimiento de sumas equivalentes a sesenta millones de pesos ($60.000.000), como consecuencia del

fallecimiento de un ser querido[11], de manera que es inadmisible considerar que podría obtenerse lo pedido en los términos de la parte actora.

En orden de lo comentado, en el hipotético y remoto caso en que se accedan a las pretensiones del libelo genitor, las mismas deberán ajustarse, primero, a lo debida y oportunamente probado en el plenario y segundo, a los pronunciamientos que sobre la materia ha establecido la nombrada corporación.

FRENTE A LAS PRETENSIONES NÚMERO 3.1.1.5., 3.1.1.6., 3.1.17. Y 3.1.1.8.: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de perjuicios morales, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva, y por ende, no surge su obligación indemnizatoria. Pero además de lo anterior, debe tenerse en cuenta que los perjuicios morales es posible presumirlos, solo frente **a los familiares más cercanos**[12], de modo que, no correspondiendo las pretensiones de estos numerales al núcleo familiar primario de la señora Clemencia Galvis de Franco, el aludido perjuicio no puede presumirse y en consecuencia, la parte actora deberá acreditarlo, en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 3.1.1.9.: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de treinta y cinco (35) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de perjuicios morales, comoquiera que no se estructuró responsabilidad alguna en cabeza de la pasiva, y por ende, no surge su obligación indemnizatoria. Pero además de lo anterior, debe tenerse en cuenta que los perjuicios morales es posible presumirlos, solo frente **a los familiares más cercanos**[13], de modo que, no correspondiendo las pretensiones de estos numerales al núcleo familiar primario de la señora Clemencia Galvis de Franco, el aludido perjuicio no puede presumirse y en consecuencia, la parte actora deberá acreditarlo, en los términos del artículo 167 del Código General del Proceso.

FRENTE AL NÚMERAL 3.1.2. DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN:

FRENTE A LAS PRETENSIONES NÚMERO 3.1.2.1., 3.1.2.2., 3.1.2.3. Y 3.1.2.4: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño a la vida de relación, primero porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria en su contra y segundo, porque en todo caso, no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder al mismo. En efecto, **no existe ninguna presunción** que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia[14] ha manifestado claramente:

---

[11] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[12] Corte Constitucional, sentencia T 934 de 2009.
[13] Corte Constitucional, sentencia T 934 de 2009.
[14] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

*Señálese que, con el fin de evitar **antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas**, la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.° 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura.*

*Incluso, desde el libelo genitor, en que se suplicó el pago del daño a la vida de relación sufrido a raíz del accidente de tránsito (folio 26), **se advierte una falta absoluta de sustrato fáctico para soportar esta pretensión, pues el actor se limitó a señalar que encuentra postrado en una silla de ruedas (folio 27), sin mencionar sus condiciones personales -edad, deportes realizados, aficiones, nivel de vida y de sociabilización-, o las actividades sociales, culturales, recreativas o familiares que dejó de realizar después del accidente, que permitieran establecer la existencia del perjuicio causado**.(…)*

*En consecuencia, ante la ausencia de certeza **sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto,** ya que para esto habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar. (El resaltado es propio).*

En todo caso, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada, y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a treinta millones de pesos ($30.000.000)[15] por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido[16], por lo que resulta desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor.

FRENTE A LAS PRETENSIONES NÚMERO 3.1.2.5., 3.1.2.6, 3.1.2.7. Y 3.1.2.8.: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño a la vida de relación, primero porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria en su contra y segundo, porque en todo caso, no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder al mismo. En efecto, **no existe ninguna presunción** que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia[17] ha manifestado claramente:

---

[15] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[16] En el fallo referenciado se resolvió: *"Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos ($669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos **($60.000.000)** y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos **($30.000.000)".***
[17] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

*Señálese que, con el fin de evitar **antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas**, la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.° 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura.*

*Incluso, desde el libelo genitor, en que se suplicó el pago del daño a la vida de relación sufrido a raíz del accidente de tránsito (folio 26), **se advierte una falta absoluta de sustrato fáctico para soportar esta pretensión, pues el actor se limitó a señalar que encuentra postrado en una silla de ruedas (folio 27), sin mencionar sus condiciones personales -edad, deportes realizados, aficiones, nivel de vida y de sociabilización-, o las actividades sociales, culturales, recreativas o familiares que dejó de realizar después del accidente, que permitieran establecer la existencia del perjuicio causado**.(…)*

*En consecuencia, ante la ausencia de certeza **sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto,** ya que para esto habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar. (El resaltado es propio).*

En todo caso, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada, y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a treinta millones de pesos ($30.000.000)[18] por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido[19], por lo que resulta desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 3.1.2.9.: me opongo al reconocimiento y pago de la suma de treinta y cinco (35) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño a la vida de relación, primero porque no se estructuró responsabilidad civil en cabeza de la pasiva y por lo mismo, no existe obligación indemnizatoria en su contra y segundo, porque en todo caso, no se acreditaron los presupuestos necesarios para acceder al mismo. En efecto, **no existe ninguna presunción** que opere en favor de la parte demandante que permita emitir una condena por la sola enunciación de un aparente perjuicio. Sobre esto, la Corte Suprema de Justicia[20] ha manifestado claramente:

---

[18] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[19] En el fallo referenciado se resolvió: *"Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos ($669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos **($60.000.000)** y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos **($30.000.000)".***
[20] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC5340 de 2018.

*Señálese que, con el fin de evitar **antojadizas intuiciones pergeñadas a la carrera para sustentar condenas excesivas**, la determinación del daño en comentario debe atender a las «las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio» (SC5885, 6 may. 2016, rad. n.° 2004-00032-01), aspectos todos ausentes de prueba en la foliatura.*

*Incluso, desde el libelo genitor, en que se suplicó el pago del daño a la vida de relación sufrido a raíz del accidente de tránsito (folio 26), **se advierte una falta absoluta de sustrato fáctico para soportar esta pretensión, pues el actor se limitó a señalar que encuentra postrado en una silla de ruedas (folio 27), sin mencionar sus condiciones personales -edad, deportes realizados, aficiones, nivel de vida y de sociabilización-, o las actividades sociales, culturales, recreativas o familiares que dejó de realizar después del accidente, que permitieran establecer la existencia del perjuicio causado**.(…)*

*En consecuencia, ante la ausencia de certeza **sobre la forma en que se torpedeó la interacción social del demandante, resulta inviable acceder a una condena por este aspecto,** ya que para esto habría que hacer juicios hipotéticos que impiden la configuración del deber de reparar. (El resaltado es propio).*

En todo caso, resulta necesario destacar que la suma pretendida resulta abiertamente desproporcionada, y contraría los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, la mentada Corporación ha reconocido una suma igual a treinta millones de pesos ($30.000.000)[21] por este perjuicio, como consecuencia del fallecimiento de un ser querido[22], por lo que resulta desproporcionado acceder a las sobrevaloradas pretensiones del extremo actor.

EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

- **INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO NI EN EL SUMINISTRO DE TRATAMIENTO REQUERIDO POR LA SEÑORA CLEMENCIA GALVIS DE FRANCO**

Se fundamenta esta excepción, en el entendido de que la responsabilidad que aquí se persigue requiere de manera indispensable la acreditación de una falla en el servicio médico, a partir de la cual se desprenda la relación de causalidad entre el daño alegado por la parte actora y la conducta desplegada por la pasiva. De este modo, sea lo primero señalar al despacho que la obligación de los profesionales encargados del procedimiento practicado

[21] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[22] En el fallo referenciado se resolvió: *"Declarar que los convocados Alejandro Quintero Osorio y Diana Patricia Restrepo Ochoa, son civil y solidariamente responsables de los perjuicios padecidos por Luz Marina Gómez Ramírez, con ocasión del fallecimiento de su cónyuge Luis Orlando Ramírez Zuluaga. En consecuencia, se les condena a indemnizarle por concepto de lucro cesante consolidado y futuro la suma de seiscientos sesenta y nueve millones setecientos setenta y tres mil ciento diez pesos ($669.773.110), por perjuicios morales sesenta millones de pesos **($60.000.000)** y por daño a la vida de relación, treinta millones de pesos **($30.000.000)".***

a la señora Clemencia Galvis de Franco, era de medio y no de resultados, por lo cual, aun habiendo obrado de manera perita, cuidadosa y diligente, como en efecto aquí ocurrió, se obtuvo un resultado adverso al estado de salud de la nombrada, dado que lo que el extremo actor acusa de constituir una deficiencia, refiere realmente al deterioro de salud de la nombrada, a causa de las varias patologías y deficiencias que ya cursaba.

No obstante, dado que el extremo actor afirma que los profesionales encargados prescribieron erróneamente el tratamiento médico de la entonces paciente, conviene hacer las siguientes precisiones:

Según la historia clínica de la señora Clemencia Galvis, esta reportaba antecedentes de tabaquismo, demencia senil, anticoagulación por varios meses por postración y reemplazo total de cadera, quien además tuvo contacto por años con humo de leña. Para el mes de marzo de 2014 la paciente presentaba hipertensión arterial, evidenciándose además insuficiencia respiratoria. Desde ya se comenta que, como podrá corroborar el despacho con la citada historia clínica, la paciente cursaba diversas afecciones pulmonares.

En la historia clínica del día 12 de enero de 2014 se realizaron los siguientes registros:

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER , ARTROSIS, OSTEOPOROSIS , REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERAS BILATERAL , QUE INGRESA EN AMBULANCIA TRAIDA POR MEDICO DE EMI PORQUE HOY A LAS 12:00 DEL DIA PRESENTO MAREOS, BORRACHERAS, PALIDEZ MUCOCUTANEA , ACOMPAÑADO DE PÁLPITACIONES , NO REFIERE DOLOR TORAXICO, NO DISNEA . HACE 3 DIAS ESTUVO EN CONSULTA MEDICA CON MEDICO TRATANTE Y LE AUSCULTARON ARRITMIA CARDIACA ASINTOMATICA . HOY LE TOMAN EKG QUE REPORTA FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR LENTA , SIN EVIDENCIA DE SIGNOS ISQUEMICOS AGUDOS .

Ante esta condición, el cuerpo profesional encargado ordenó manejo con *AMIODARONA, ENOXAPARINA, WARFARINA.* Sobre el diagnóstico de Fibrilación Auricular de la señora Galvis de Franco y la prescripción de estos medicamentos, conviene reseñar, siquiera brevemente, lo documentado por la literatura médica al respecto:

> *La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más común. Puede presentarse en forma sintomática con palpitaciones, síntomas francos de insuficiencia cardíaca aguda o crónica o, puede cursar sin síntomas, "silente", cuando su diagnóstico se realiza como un hallazgo.* (…)
>
> *En términos generales, se caracteriza por unas contracciones auriculares caóticas que registradas en el electrocardiograma muestran la actividad auricular como unas ondas fibrilatorias irregulares. Esta actividad auricular, cuando se presenta en un corazón con un sistema de conducción atrioventricular normal, causa respuestas ventriculares irregulares y caóticas.* (…)
>
> *La FA tradicionalmente se asocia con la edad, sexo masculino, hipertensión, hipertiroidismo, alcohol y* ***enfermedades estructurales del corazón****; valvulopatías (especialmente mitral), cardiopatía isquémica, miocardiopatías, pericarditis y embolia pulmonar. En la actualidad se acepta un componente genético. Hay evidencias que los mecanismos íntimos que producen FA son distintos dependiendo*

de componentes genéticos (13) (Darbar). ***La FA es entonces una expresión común a muchos mecanismos etiológicos distintos****…*[23] (Énfasis propio).

Sobre el tratamiento para esta patología se ha determinado que:

Conceptualmente el tratamiento de la FA debería de ir dirigido al control de estos tres aspectos, prevención del riesgo tromboembólico, mejoría de los síntomas y mejoría del pronóstico ya sea mejorando la disfunción ventricular o la morbimortalidad. (…)[24]

… los objetivos del tratamiento para la fibrilación auricular son:

- *Restablecer el ritmo o controlar la frecuencia.*
- *Impedir los coágulos sanguíneos, lo cual puede disminuir el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.*[25]

Sobre el suministro de AMIODARONA, particularmente, se ha comentado:

Las Guías 2006 de tratamiento de la FA de la Asociación Americana del Corazón, del Colegio Americano de Cardiología y de la Sociedad Europea de Cardiología, establecen a los fármacos antiarrítmicos como primer escalón terapéutico en todas las situaciones clínicas (sin cardiopatía, cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca). Las opciones farmacológicas mencionadas son: propafenona, flecainida, sotalol, dofetilide (no disponible en nuestro medio) y amiodarona. Todas, en mayor o menor grado, han demostrado cierta utilidad en el tratamiento de la FA. ***Es bien conocido que la amiodarona ha demostrado una mayor eficacia que las demás****…*[26] (El resaltado es propio).

Sobre la prescripción de ENOXAPARINA se tiene dicho:

La enoxaparina ***se usa para prevenir el desarrollo de coágulos*** *en las piernas* ***en aquellos pacientes que están en reposo*** *o que han sido sometidos a un reemplazo de caderas, de rodillas o que han tenido cirugía en el estómago. Se usa en combinación con aspirinas para impedir las complicaciones relacionadas con la angina (dolor en el tórax) y los ataques cardíacos.* ***También se usa en combinación con warfarina*** *para tratar los coágulos en las piernas.* ***La enoxaparina pertenece a una clase de medicamentos llamados heparinas de bajo peso molecular.***

---

[23] Fibrilación auricular. Presente y futuro. Gaceta Médica de Caracas. Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622009000100003.

[24] Tratamiento Farmacológico de la Fibrilación auricular. Revista Uruguaya de Cardiología. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000100019.

[25] Fibrilación auricular. Recuperado de: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/atrial-fibrillation/diagnosis-treatment/drc-20350630.

[26] Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular: realidad y perspectivas. Revista Uruguaya de Cardiología. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202009000300005.

> ***Funciona al detener la formación de sustancias que provocan la formación de coágulos***.[27] (Negritas y subrayas propias).

Finalmente, sobre el uso de la WARFARINA conviene tener presente:

> *La warfarina se utiliza para prevenir que se formen coágulos de sangre o que crezcan más grandes en la sangre o los vasos sanguíneos.* ***Se receta para personas con ciertos tipos de ritmo cardiaco irregular****, personas con válvulas cardiacas artificiales (de reemplazo o mecánicas) y personas que han sufrido un infarto. La warfarina también se usa para tratar o prevenir la trombosis venosa (hinchazón y coágulo de sangre en una vena) y embolia pulmonar (un coágulo de sangre en el pulmón). La warfarina pertenece a una clase de medicamentos llamados anticoagulantes ('diluyentes de la sangre'). Funciona por medio de reducir la capacidad de coagulación de la sangre.*[28] (Resaltado ajeno al texto original).

Con todo lo anterior, se concluye claramente **(i)** que los antecedentes patológicos de la señora Clemencia Galvis son por sí mismos graves y de difícil pronóstico, que requieren tratamiento inmediato, y **(ii)** que la institución demandada actuó conforme las conductas médicas aceptadas para estos eventos, suministrando los medicamentos y tratamientos adecuados y pertinentes. Esto además, podrá verificarlo el despacho a través del dictamen pericial rendido por el doctor Heiler Lozada Ramos, -que obra en el expediente- quien en respuesta a los interrogantes número 3 y 4 manifestó:

> ***Todas las patologías descritas en la historia clínica y presentadas por la paciente con*** *(sic)* ***consideradas graves, toda vez que afectan órganos vitales como el riñón, cerebro, corazón, pulmón y otros; y que al encontrarse juntas y asociado a la edad de la paciente empeoran su pronostico*** (sic) ***de calidad de vida y riesgo de muerte,*** *razón por la cual se hace indispensable garantizar su tratamiento con el fin de minimizar el riesgo antes expuesto.*
>
> *De acuerdo con la descripción de los síntomas y la impresión diagnóstica,* ***se encontraba indicado el tratamiento con anticoagulante y antiarrítmico como la Walfarina y la amiodarona para esta paciente****, para controlar la frecuencia cardiaca y evitar eventos cardioembólicos.* (Énfasis propio).

De manera más puntual se resalta que el citado perito, refiriéndose al medicamento AMIODARONA, indicó que **fue la dosis mínima para control de los síntomas de la paciente.** Y de manera específica sobre el riesgo de toxicidad alegado por los demandantes, el citado médico indicó textualmente:

---

[27] Enoxaparina. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a601210-es.html.
[28] Warfarina. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682277-es.html.

De acuerdo con mi experiencia ***el riesgo de un medicamento no implica contraindicación absoluta para su utilización, toda vez que debe evaluarse el riesgo – beneficio para el caso particular de cada paciente.***

Corolario de lo expuesto, el resultado del procedimiento que se comenta no dependía de manera exclusiva de los profesionales en salud que atendieron a la señora Clemencia Galvis de Franco, sino que además, y como en efecto aquí ocurrió, se veía influido y determinado por las condiciones anteriores de la paciente, en las que el cuerpo médico no intervino y que por tanto, no le son atribuibles. Así las cosas, ninguna falla en el servicio puede imputarse a la pasiva, por llevar a cabo servicios médicos, muy a pesar de haberse practicado conforme a los cánones médicos, no produjo un resultado favorable a la paciente.

En los términos expuestos, solicito amablemente al despacho declarar probada la presente excepción.

- **INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN CAUSAL ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR EL EXTREMO ACTOR Y LA CONDUCTA DESPLEGADA POR LAS DEMANDADAS**

En atención a los argumentos arriba esbozados, resulta evidente que no existe relación de causalidad alguna entre el daño sufrido por la parte demandante y la conducta desarrollada por las entidades demandadas. De manera específica, debe anotarse que no se estructura este elemento indispensable de la responsabilidad civil que se persigue, comoquiera que los perjuicios que se reclaman no encuentran su origen en ninguna de las conductas desplegadas por los profesionales que tuvieron a su cargo el cuidado y atención médica de la señora Clemencia Galvis de Franco ni en las Instituciones demandadas en este pleito.

Lo anterior no puede perderse de vista por el despacho, toda vez que para la imputación de la responsabilidad pretendida, es necesario acreditar la supuesta falla en que, a juicio de los actores, incurrió la parte pasiva; sin ello, y sin constituirse, en consecuencia, una relación causal que permita endilgar responsabilidad al extremo pasivo, están llamadas al fracaso todas y cada una de las pretensiones del escrito genitor.

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia[29] ha señalado:

A pesar de los avances en todos los campos, la complejidad del cuerpo humano impide que hoy en día la medicina sea una ciencia exacta, de ahí que se estime que ***su práctica, en términos generales, corresponde a una obligación de medio****.*

Es por eso que ***solo si se verifica una mala praxis surge la obligación de reparar****, entre otros eventos, cuando se deja de actuar injustificadamente conforme*

[29] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC8219-2016, radicación 11001-31-03-039-2003-00546-01 de 20 de junio de 2016. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

a los parámetros preestablecidos, eso sí, ***siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexo causal que contempla la ley****.* (Negritas propias).

Corolario de lo expuesto, siendo inexistente la falla médica que se alega y el nexo causal necesario para imputar responsabilidad a las demandadas, no existe razón jurídica que permita la imputación de los supuestos fácticos invocados, al extremo pasivo del litigio, por lo cual, solicito amablemente al despacho, tener por probada la presente excepción

- **EXCESIVA VALORACIÓN DE PERJUICIOS INMATERIALES**

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté reconociendo responsabilidad a cargo del extremo pasivo, y por ende, de mi representada, solo para manifestar que bajo el hipotético caso en que el Juzgado emitiera un fallo condenatorio a los demandados, las sumas reclamadas deben necesariamente reajustarse para reconocer (si a ello hubiere lugar) lo que efectivamente correspondiera, de conformidad con el perjuicio efectivamente causado y debidamente acreditado en el curso procesal.

Específicamente tratándose de los perjuicios reclamados por el extremo actor, debe señalarse que se encuentran ampliamente desbordados, y contrarían los lineamientos jurisprudenciales vigentes para el fin, teniendo en cuenta que, como se indicó, los pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia se encuentran encaminados a reconocer una suma equivalente a sesenta millones de pesos ($60.000.000) por concepto de perjuicios morales[30], **pero solo frente a los familiares que pertenecen al núcleo primario** de la víctima, y treinta millones de pesos ($30.000.000) a título de daño a la vida de relación[31], en la resolución de supuestos fácticos similares al que hoy se discute. De este modo, resulta inadmisible que se reconozcan sumas que superan ostensiblemente los parámetros ya establecidos por el máximo órgano de la jurisdicción civil.

Por los argumentos expuestos, solicito amablemente al Despacho tener por probada la presente excepción.

- **EL PRESENTE CASO DEBE EVALUARSE A LA LUZ DEL RÉGIMEN DE FALLA PROBADA**

Como es sabido, la jurisprudencia ha establecido que para la declaratoria de la responsabilidad que hoy se pretende (donde la obligación del cuerpo profesional es de medio y no de resultado), se impone al actor la carga de probar de manera fehaciente la realización de la falla en la prestación del servicio médico, que constituye la causa del daño que se alega. En otras palabras, tratándose de responsabilidad civil médica no existe presunción alguna que exonere al extremo actor de demostrar, además del daño y el nexo

[30] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.
[31] Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC665 de 07 de marzo de 2019.

causal, el hecho configurativo de una mala práctica en el ejercicio médico. Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia[32] ha manifestado:

> **…** ***la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada,*** *salvo cuando en virtud de las "estipulaciones especiales de las partes" (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011,* ***ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios****.*
>
> ***La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico,*** *mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.*

Así las cosas, cuando jurídicamente se impone al extremo actor del litigio acreditar el hecho generador del daño y no existe presunción de responsabilidad en favor de la víctima, es claro que no puede derivar la misma por la simple causación de un resultado adverso con ocasión al acto médico. Es decir, muy a pesar de que no se produzca mejoría en el estado de salud del paciente, y aun en el evento en que se genere un hecho lamentable a raíz de la intervención médica, ello no puede responsabilizar al profesional de salud encargado, cuando no se evidenció la necesaria falla médica, por cuanto, como se ha manifestado, para estos casos el médico solo está obligado a actuar con pericia y diligencia y no a garantizar el éxito del procedimiento.

En síntesis, ante la ausencia de falla probada en las instituciones demandadas, no se configura responsabilidad civil en cabeza de las mismas y por tanto, las pretensiones del escrito demandatorio deben despacharse desfavorablemente.

En los términos descritos, solicito al despacho declarar probada la presente excepción.

- **EXCEPCIÓN GENÉRICA**

Me refiero a cualquier hecho o derecho a favor de los demandados, que resultare probado dentro del proceso. En ese sentido, y de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito declarar probada cualquier otra excepción que resulte acreditada en el curso del litigio.

[32] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC7110-2017, radicación No. 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

CAPÍTULO II
FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR CLÍNICA FARALLONES S.A. EN CONTRA DE ALLIANZ SEGUROS S.A.
FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1: es cierto en cuanto a que mi representada expidió las siguientes Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales, aclarando que la vigencia de las mismas se concertó como a continuación se ilustra:

Número Póliza	**Vigencia**
021128764/0	Desde el 29/08/2012 hasta el 28/08/2013
021416821/0	Desde el 09/08/2013 hasta el 28/08/2014
021610893/0	Desde el 29/08/2014 hasta el 28/08/2015
021805762/0	Desde el 29/08/2015 hasta el 28/08/2016
021968943/0	Desde el 29/08/2016 hasta el 28/08/2017
022144553/0	Desde el 29/08/2017 hasta el 28/08/2018
022320840/0	Desde el 29/08/2018 hasta el 28/08/2019

No obstante, desde ya se aclara al despacho que resulta imposible afectar los citados contratos de seguro, comoquiera que en el presente caso operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, y en todo caso, no se cumplen de manera simultánea los presupuestos necesarios de la modalidad de cobertura pactada, *Claims Made.*

En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

Además, como se indicó, los anteriores contratos de seguro fueron concertados bajo la modalidad de cobertura *Claims Made*, con un periodo de retroactividad a partir del 23 de junio de 2008. Lo anterior implica que las pólizas solo podrán afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y segundo, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas debe precisarse desde ya que los contratos de seguro documentados en **las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0 no ofrecen**

cobertura para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos objeto de litigio ocurrieron dentro del periodo de retroactividad pactado, lo cierto es que la reclamación se presentó el día 28 de febrero de 2017, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, a la que fue convocada Clínica Farallones S.A., tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., lo que quiere decir que el reclamo se surtió cuando los contratos de seguro ya no se encontraban vigentes.

De este modo, es necesario aclarar que teniendo en cuenta la modalidad de cobertura pactada, el único contrato de seguro que eventualmente podría operar, corresponde al documentado en la póliza No. 021968943/0, no obstante, y tal como se explicó, frente a esta operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2: no es cierto en la forma en que está expuesto y aclaro: es cierto en cuanto a que los contratos de seguro descritos tienen por objeto amparar la responsabilidad civil en la que eventualmente incurra la entidad convocante, derivadas de la realización del acto médico, no obstante, desde ya se aclara al despacho que resulta imposible afectar los citados contratos de seguro comoquiera que en el presente caso operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, y en todo caso, no se cumplen de manera simultánea los presupuestos necesarios de la modalidad de cobertura pactada, *Claims Made.*

En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020**

Adicional a lo anterior, los contratos de seguro que sirvieron de base para la formulación del llamamiento en garantía, fueron suscritos bajo la modalidad de cobertura *Claims Made.,* tal como se evidencia de forma literal, dentro de las condiciones de los mismos:

> **CLAIMS MADE**
> Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 23/06/2008 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

Siendo las cosas de este modo, es claro que para que las pólizas en comento ofrezcan cobertura para los hechos objeto de litigio, resulta necesario, no solo que los hechos hubieren ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o su periodo de retroactividad, sino que además, los mismos deben ser **reclamados por primera vez durante la vigencia del contrato de seguro.**

No obstante y tal como fue explicado, las acciones derivadas de los contratos de seguro en virtud de los cuales se vinculó a mi representada al presente proceso, se encentran prescritas.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 3: es cierto lo manifestado en torno a las condiciones de los contratos de seguro identificados anteriormente, no obstante, desde ya se aclara al despacho que resulta imposible afectar los citados contratos de seguro comoquiera que en el presente caso operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, y en todo caso, no se cumplen de manera simultánea los presupuestos necesarios de la modalidad de cobertura pactada, *Claims Made.*

En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

Además, como se indicó, los anteriores contratos de seguro fueron concertados bajo la modalidad de cobertura *Claims Made*, con un periodo de retroactividad a partir del 23 de junio de 2008. Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y luego, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas debe precisarse desde ya que los contratos de seguro documentados en **las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0 no ofrecen cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que no se cumplen los requisitos

anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos objeto de litigio ocurrieron dentro del periodo de retroactividad pactado, lo cierto es que la reclamación se presentó el día 28 de febrero de 2017, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, a la que fue convocada Clínica Farallones S.A., tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., lo que quiere decir que el reclamo se surtió cuando los contratos de seguro ya no se encontraban vigentes.

De este modo, es necesario aclarar que teniendo en cuenta la modalidad de cobertura pactada, el único contrato de seguro que eventualmente podría operar, corresponde al documentado en la póliza No. 021968943/0, sin embargo, y tal como se explicó, frente a esta operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 4: frente a las manifestaciones de este hecho procedo a pronunciarme así:

- Es cierto en cuanto a que Clínica Farallones S.A. integra el extremo pasivo del litigio, dentro del proceso instaurado por la señora Olga Patricia Franco y otros, por la supuesta falla en la prestación del servicio médico suministrado a la señora Clemencia Galvis de Franco, no obstante, y tal como el despacho podrá corroborar, no se acredita la supuesta culpa atribuible a las instituciones demandadas (sobre la que reposa el régimen de responsabilidad aplicable al presente asunto), y por tanto, resulta imposible la atribución de la responsabilidad que se pretende.

- Frente a las afirmaciones relacionadas con la vigencia de la póliza número 021416821 expedida por mi representada, desde ya se aclara al despacho que resulta imposible afectar este y los demás contratos de seguro que sirvieron de base para el presente llamamiento en garantía, comoquiera que en el presente caso operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, y en todo caso, no se cumplen de manera simultánea los presupuestos necesarios de la modalidad de cobertura pactada, *Claims Made.*

  En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

Además, como se indicó, los anteriores contratos de seguro fueron concertados bajo la modalidad de cobertura *Claims Made*, con un periodo de retroactividad a partir del 23 de junio de 2008. Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurran los siguientes presupuestos: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y luego, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza. Así las cosas debe precisarse desde ya que los contratos de seguro documentados en **las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0 no ofrecen cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados, toda vez que, si bien los hechos objeto de litigio ocurrieron dentro del periodo de retroactividad pactado, lo cierto es que la reclamación se presentó el día 28 de febrero de 2017, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, a la que fue convocada Clínica Farallones S.A., tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., lo que quiere decir que el reclamo se surtió cuando los contratos de seguro ya no se encontraban vigentes.

De este modo, es necesario aclarar que teniendo en cuenta la modalidad de cobertura pactada, el único contrato de seguro que eventualmente podría operar, corresponde al documentado en la póliza No. 021968943/0, sin embargo, y tal como se explicó, frente a esta operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 5: es cierto, conforme a los documentos adjuntos al escrito demandatorio que Clínica Farallones S.A. fue convocada a la audiencia de conciliación prejudicial, que tuvo lugar el día 28 de febrero de 2017, ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali. Así las cosas, se tiene que a partir de esta fecha comenzó a correr el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO I: esta corresponde a una pretensión a la que ya accedió el despacho judicial, comoquiera que mediante Auto Interlocutorio número 235 de fecha 14 de septiembre de 2020 se resolvió admitir el llamamiento en garantía formulado por la demandada Clínica Farallones S.A., en contra de Allianz Seguros S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO II: esta corresponde a una pretensión a la que ya accedió el despacho judicial, comoquiera que mediante Auto Interlocutorio número 235 de

fecha 14 de septiembre de 2020 se ordenó la notificación de dicha providencia, a través de la cual se admitió el llamamiento en garantía formulado por la demandada Clínica Farallones S.A., en contra de Allianz Seguros S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO III: me opongo a que se ordene a mi representada a asumir la eventual condena que se profiera en contra del extremo pasivo del litigio, primero, porque no existe la supuesta responsabilidad civil que se persigue a través de la presente acción, y en consecuencia, también es inexistente la obligación indemnizatoria de las instituciones demandadas, y por ende, la de Allianz Seguros S.A., y segundo, porque en todo caso, las acciones derivadas de los contratos de seguro en virtud de los cuales se vincula a mi representada, se encuentran prescritas.

En efecto, tenemos que el término bienal a que hace referencia el artículo 1081 del Código de Comercio, frente a la prescripción ordinaria, empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020.**

Pero además de lo anterior, debe tenerse en cuenta que **las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0 no ofrecen cobertura para los hechos objeto de litigio**, comoquiera que no se cumplen los requisitos enunciados respecto a la modalidad de cobertura pactada, esto es: que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y luego, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza

Así las cosas, si en gracia de discusión el despacho desestimaras las anteriores consideraciones, debe reiterarse que el único contrato de seguro que eventualmente podría operar, corresponde al documentado en la póliza No. 021968943/0, sin que puedan afectarse las demás pólizas en virtud de las cuales se formuló el presente llamamiento en garantía (como ya se explicó), y en todo caso, el alcance de su hipotética obligación deberá sujetarse estrictamente al tenor literal de las condiciones pactadas en el mentado contrato.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

- **PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO**

Como es sabido, el artículo 1081 del Código de Comercio establece un régimen especial para la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, y señala, asimismo, el cómputo de los términos para el efecto. Su contenido literal es del siguiente tenor:

> ***Artículo 1081. Prescripción de acciones**. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> ***La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.***
>
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*
>
> *Estos términos no pueden ser modificados por las partes.* (Negritas por fuera del texto original).

Lo anterior resulta relevante al proceso, comoquiera que, tal como se pasa a exponer, existe una evidente prescripción en la acción que deriva del contrato de seguro en virtud del cual se vincula a mi representada al presente proceso.

En efecto, la normativa anterior señala los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, diferenciando entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria, y el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

En cuanto a la interpretación de las expresiones *"hecho que da base a la acción"* y *"momento en que nace el derecho"* la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro[33]:

> *En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> *La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase*

[33] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007[34]:

...comportan 'una misma idea'[35], esto es, que ***para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad 'El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea'****". En la misma providencia esta Sala concluyó que* ***el conocimiento real o presunto del siniestro era "el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario****", pues, como la Corte dijo en otra oportunidad[36], no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal "****se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción 'empezará a correr' y no antes, ni después"****.*

Por su parte, el artículo 1131 del C. Co. preceptúa:

*"Artículo 1131. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima****. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.****"* (Negritas propias).

La H. Corte Constitucional en Sentencia C-388 de 23 de abril de 2008, por medio de la cual declaró exequible el artículo 1131 del Código de Comercio, se pronunció en relación la prescripción del contrato de seguros en materia de responsabilidad civil en los siguientes términos: ***"Y, no siendo igual la posición jurídica del asegurado y de la víctima en el contrato de seguro de responsabilidad, explica por qué en la disposición contenida en el artículo 1131 del Código de Comercio, el legislador no hubiera estado obligado a darles un trato igual respecto del momento a partir del cual comienza a correr el término de prescripción. En efecto, la norma dispuso que, una vez ocurrido el***

[34] Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.
[35] La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.
[36] Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

siniestro, a partir de dicha fecha correrá la prescripción respecto de la víctima, y frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial, diferencia de trato que no es contraria a la Constitución.*"*

Descendiendo al caso concreto, tenemos que el término bienal empezó a correr para Clínica Farallones S.A. desde el día **28 de febrero de 2017**, fecha en la cual se llevó a cabo ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, la Audiencia de Conciliación a la cual fue convocada por los hoy demandantes, tal como consta en la guía número 950579805, de la empresa Servientrega S.A., y por lo tanto, **feneció el día 28 de febrero de 2019**. Por lo anterior, surge palmario que el Llamamiento en Garantía formulado por Clínica Farallones S.A. a la Compañía Aseguradora que represento, se radicó cuando ya había concluido el término referido, esto es, el **04 de septiembre de 2020**.

Por lo expuesto, solicito amablemente al Despacho, tener por probada la presente excepción.

- **NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA PACTADA EN LA PÓLIZA No. 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 Y 022320840/0 Y POR LO TANTO, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN VIRTUD DE TALES CONTRATOS**

De conformidad con el condicionado de las pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0, expedidas por mi representada, la modalidad de cobertura ofrecida fue *Claims Made*, cuyo periodo de retroactividad se extendió hasta el 23 de junio de 2008. Las vigencias para dichos contratos de seguro se pactaron en los siguientes términos:

Número Póliza	**Vigencia**
021128764/0	Desde el 29/08/2012 hasta el 28/08/2013
021416821/0	Desde el 09/08/2013 hasta el 28/08/2014
021610893/0	Desde el 29/08/2014 hasta el 28/08/2015
021805762/0	Desde el 29/08/2015 hasta el 28/08/2016
021968943/0	Desde el 29/08/2016 hasta el 28/08/2017
022144553/0	Desde el 29/08/2017 hasta el 28/08/2018
022320840/0	Desde el 29/08/2018 hasta el 28/08/2019

Como ya es sabido, esta modalidad de contrato requiere no solo acreditar la realización del siniestro, en los términos del artículo 1131 del Código de Comercio, sino también, el presupuesto del cual se desprende que la reclamación del mismo se efectuó durante la

vigencia de la Póliza. Así, puntualmente, reiteró la Corte Suprema de Justicia recientemente[37]:

> *De ahí que a más de la configuración del siniestro o realización del riesgo asegurado (art. 1072 del C.Co.), que en el seguro de responsabilidad tiene una regla especial (art. 1131 id.),* ***lo cierto es que cuando se ha pactado la forma de reclamación hecha (claims made), es menester el descubrimiento de la pérdida o el reclamo del perjudicado al asegurado o al asegurador, en el término de vigencia de la póliza que se hubiese acordado****, o en el plazo posterior convenido.*

Más adelante especificó:

> *Consecuentemente, en el sistema tradicional el débito del asegurador surge con la ocurrencia de los hechos que generan la responsabilidad -siniestro-, dentro del término de vigencia de la póliza, sin atender el tiempo posterior en que se haga el reclamo, limitado tan sólo por los plazos de prescripción;* ***a diferencia de estas variantes de claims made, en que se requiere que además del siniestro en tiempo anterior o coetáneo al espacio temporal del amparo****, la reclamación se haga dentro del término específico y delimitado en el contrato, que en armonía con lo concertado, puede ser durante la vigencia de la póliza o en un periodo adicional y específico.* (Énfasis propio).

De todo lo anterior se concluye, sin lugar a duda, que tal modalidad de cobertura requiere la concurrencia necesaria de los presupuestos arriba indicados, esto es, la realización del siniestro en la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, y la reclamación de este en el período de vigencia.

De este modo, es claro que no pueden afectarse las Pólizas No. 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 022144553/0 y 022320840/0, dado que, muy a pesar de haber ocurrido el hecho que dio base a la acción durante el periodo de vigencia, la reclamación solo se efectuó hasta el **28 de febrero de 2017**, es decir, por fuera de la vigencia de las pólizas, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Universidad Santiago de Cali, adjunta por el extremo actor.

- **EN CUALQUIER EVENTO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA NO PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DE LOS AMPAROS OTORGADOS A TRAVÉS DE LA PÓLIZA NÚMERO 021968943/0**

Sin perjuicio de los argumentos expuestos a través de este documento, se propone esta excepción, sin que con ello se esté comprometiendo a mi representada, a fin de manifestar que en el improbable caso en que el Juzgador considerara que nace obligación

[37] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora, la misma deberá sujetarse al tenor literal de las condiciones particulares y generales de la Póliza No. 021968943/0, entre ellas la suma máxima a la cual estaría eventualmente obligada Allianz Seguros S.A.

Al respecto, el Código de Comercio en su artículo 1079, ha previsto: "*El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada* (…)"; siendo así las cosas, en el improbable caso de proferirse una condena a mi representada, ésta se verá condicionada a los valores asegurados en el contrato y a los deducibles pactados en el mismo.

En orden de lo comentado, las condiciones pactadas en el referenciado contrato indicarán el tope de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi representada. Tales condiciones fueron establecidas así:

Coberturas	***Límite Asegurado Evento***	***Límite Asegurado Vigencia***
Predios Labores y Operaciones	*2.000.000.000*	*2.000.000.000*
R.C. Patronal	*100.000.000*	*300.000.000*
R.C. Profesional	*2.000.000.000*	*2.000.000.000*
R.C. Contaminación accidental, súbita e imprevita	*2.000.000.000*	*2.000.000.000*

Así las cosas, en cualquier evento, la obligación de la compañía nunca podrá exceder el límite arriba indicado, equivalente a dos mil millones de pesos ($2.000.000.000), porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a Allianz Seguros S.A. a asumir el riesgo asegurado.

- **EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA No. 021968943/0 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO**

Se plantea esta excepción, solo si en gracia de discusión se profiriera un fallo contrario a los intereses de mi representada, a fin de que se tengan en cuenta las condiciones particulares de la póliza, específicamente la relacionada con el deducible pactado. Tal deducible corresponde a la porción que, en caso de ocurrencia del siniestro, deberá pagar exclusivamente el asegurado, y fue concertado en el contrato de seguro en los siguientes términos:

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC PROFESIONAL:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

El deducible opera en exceso de (a) Las propias pólizas primarias de los médicos y/o entidades que presten sus servicios al Asegurado, o (b) De COP$50.000.000 toda y cada pérdida, cualquiera de (a) o (b) que sea la suma mayor que aplique.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL $ 5.000.000

En ese orden, solicito respetuosamente que en caso de que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi procurada, la obligación indemnizatoria de esta, se sujete a las estipulaciones contractuales contenidas en la mentada póliza.

- **EXCEPCIÓN GENÉRICA**

Me refiero a cualquier hecho o derecho a favor de Allianz Seguros S.A., que resultare probado dentro del proceso. En ese sentido, y de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito declarar probada cualquier otra excepción que resulte acreditada en el curso del litigio.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito atentamente decretar y tener como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES

Solicito se tengan como tales las siguientes, que anexo al presente escrito:

i. Copia de las condiciones particulares y generales de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 021968943/0, 022144553/0, 022320840/0.
ii. Poder especial otorgado a mi nombre.
iii. Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal de Allianz Seguros S.A.

INTERROGATORIOS DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a los demandantes, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, les formularé sobre los hechos de la demanda.

CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL

En virtud de lo preceptuado en el artículo 228 del Código General del Proceso, solicito la comparecencia del perito Rubén Darío de León González, quien suscribió el informe pericial adjunto al escrito de demanda, a la audiencia de Instrucción y Juzgamiento, con el fin de que absuelva, bajo la gravedad de juramento, el interrogatorio acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen que elaboró.

TESTIMONIALES

Respetuosamente me permito solicitar a este despacho, decretar el testimonio de la Dra. Isabella Caro Orozco, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.144.070.531 de Cali, quien tiene domicilio en la ciudad de Cali, y puede ser citada en la carrera 85 No. 15-88, piso 2, cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre la prescripción de las acciones derivadas de los contratos de seguro documentados en las pólizas número 021128764/0, 021416821/0, 021610893/0, 021805762/0, 021968943/0, 022144553/0, 022320840/0, la inexistencia de cobertura para los hechos objetos de litigio conforme a la modalidad de cobertura pactada para dichas pólizas, y sobre los demás aspectos relevantes sobre el particular.

INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

NOTIFICACIONES

La parte actora en la dirección consignada en la demanda.

La entidad convocante en la dirección consignada en el llamamiento en garantía.

Mi representada en la Avenida 6 A N 23-13 de la ciudad de Cali. Email: notificacionesjudiciales@allianz.co.

El suscrito en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali. Email: notificaciones@gha.com.co.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

COMUNICACIONES ARL POSITIVA 2
COMUNICACIONES DESAJ 17
CORREOS ELECTRÓNICOS PARA ... 1
CORRESPONDENCIA FÍSICA RECI... 6
COVI19
DEPOSTIOS JUDICIALES A PRESC... 1
DIGITALIZACION
Elementos infectados
Historial de conversaciones
Elementos infectados
IMPUGNACIONES ENVIADAS A LA ...
TUTELAS ENVIADAS A LA CORTE 1
Infected Items
LIQUIDACIONES 16
MEMORIALES PROCESOS 22
REPARTO PROCESOS
MEMORIALES TUTELAS
PARA ESTADO 6
PARA NOTIFICACIONES
confirmaciones de entrega 18
REPORTE DE NUMERO DE INGRE... 1
RESPUESTAS AUTOMÁTICAS DIF... 10
Suscripciones de RSS
TUTELAS DEVUELTAS DE LA CORTE
TUTELAS IMPUESTO 3
Carpeta nueva

Archivo local:Juzgado 10 Civil Circ...

Grupos

CHUBB/ MEDMAL/ CONTESTACIÓN LLAMAMIENTO EN GARANTÍA PROCESO RD: 2019-279// DTE: OLGA PATRICIA FRANCO- DDO: CLINICA FARALLONES S.A.

CC **CLAUDIA MILENA CARVAJALINO <juridica@arenasochoa.com>**

Mié 14/10/2020 15:09

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Valle De

PODER AUTENTICADO (1).pdf 526 KB

MEDMAL _ CHUBB_ CONTEST... 221 KB

certificacion vigencia poliza c... 73 KB

POLIZA Farallones CHUBB dD... 426 KB

2. CAMARA DE COMERCIO C... 174 KB

5 archivos adjuntos (1 MB) Descargar todo

Guardar todo en OneDrive - Consejo Superior de la Judicatura

Señores
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REF: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
RAD:
76001310301020190027900
DTE: OLGA PATRICIA FRANCO, JAIRO FERNANDO PINZÓN Y OTROS

ARENAS OCHOA
ABOGADOS

Señores
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REF: PODER DE REPRESENTACIÓN
RAD: 76001310301020190027900
DTE: OLGA PATRICIA FRANCO, JAIRO FERNANDO PINZÓN Y OTROS
DDO: COOMEVA EPS; CLÍNICA FARALLONES.
LLAMADO EN GARANTÍA: CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

DANIEL GUILLERMO GARCÍA ESCOBAR, mayor de edad, vecino de la ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.741.658 de Cali, en mi calidad de Representante legal de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., legalmente constituida, identificada NIT número 860.026.518-6, en calidad de llamado en garantía en el proceso de la referencia, por este medio me permito manifestar a usted, que confiero poder especial, amplio y suficiente al abogado **SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS**, mayor de edad, vecino y residente de la ciudad de Bucaramanga, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.543.602 de Bucaramanga, portador de la tarjeta profesional No. 162.416 del Consejo Superior de la Judicatura, como **Apoderado Principal** y a la abogada **CLAUDIA MILENA CARVAJALINO GONZÁLEZ** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.098.703.598 de Bucaramanga, portadora de la Tarjeta profesional número 297.805 del Consejo Superior de la Judicatura como **Apoderado Suplente**, para que se notifiquen del auto admisorio de la demanda y/o llamamiento, contesten y propongan excepciones, asistan a las audiencias programadas por su despacho y en general, ejecuten todas las acciones pertinentes a salvaguardar los intereses de la compañía.

Mis apoderados tienen facultades expresas para Conciliar, Transigir y Recibir así como para desistir, renunciar, sustituir y reasumir este poder y demás facultades que le confiere el Art. 77 del código de general del proceso, para la defensa de mis derechos. Solicito al Señor Fiscal, se sirva reconocer personería a mis apoderados.

Atentamente,

DANIEL GUILLERMO GARCÍA ESCOBAR
C.C. No. 16.741.658 de Cali

Fernando Téllez Lombana - Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.
DILIGENCIA DE TESTIMONIO AUTENTICIDAD DE PRESENTACIÓN Y DE FIRMA
El Notario Público doy testimonio que la firma y/o huella puesta en este documento presentado ante este despacho en esta fecha guarda (n) similitud a la de la persona que se presentó personalmente ante este despacho y que la registro en fecha anterior, que previamente se ha dado la confrontación de las mismas con las que aparecen en el archivo de la notaria y el documento a la vista: DANIEL GUILLERMO GARCIA ESCOBAR
Identificado con: 16741658 CALI
No equivale a reconocimiento tiene el valor de testimonio fidedigno y no confiere al documento mayor fuerza de la que por si tenga. 1100100028

Fernando Téllez Lombana Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.
Notaría 28 del Circulo Notarial de Bogotá D.C.
1100100028 18 SEP. 2020 COD. 4112
FERNANDO TÉLLEZ LOMBANA
Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.

Aceptamos

SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS
C.C. No. 13.543.602 de Bucaramanga
T. P. No. 162.416 del C.S. de la J.

CLAUDIA MILENA CARVAJALINO GONZÁLEZ
C.C. No. 1.098.703.598 de Bucaramanga
T. P. No. 297.805 del C.S. de la J.

ARENAS OCHOA
ABOGADOS

Señores
JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E. S. D.

REF: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA
RAD: 76001310301020190027900
DTE: OLGA PATRICIA FRANCO, JAIRO FERNANDO PINZÓN Y OTROS
DDO: COOMEVA EPS; CLÍNICA FARALLONES.
LLAMADO EN GARANTÍA: CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.543.602 de Bucaramanga, portador de la Tarjeta Profesional No. 162.416 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., legalmente constituida, identificada con NIT número 860.026.518-6, de manera atenta acudo a su despacho judicial y encontrándome dentro del término procesal, me permito CONTESTAR LLAMAMIENTO EN GARANTÍA realizado por LA CLÍNICA FARALLONES en los siguientes términos:

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

PRIMERO: Se admite.

SEGUNDO: Se admite, pero se aclara que la modalidad de cobertura es de claims made, razón por la cual, la aseguradora no será responsable y el asegurado renuncia al llamamiento en garantía, en los eventos en que el reclamo o circunstancia pueda estar cubierta por otra poliza cuya modalidad sea distinta a la de claims made.

TERCERO: Se admite.

CUARTO: Se admite.

QUINTO: De acuerdo al arribo de las pruebas, es cierto.

SEXTO: No se admite por cuanto no le consta a mi prohijada. Tampoco se allega prueba del referido correo electrónico que contiene la supuesta reclamacion, por lo que se deberá probar por la CLÍNICA FARALLONES.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a todas pues las mismas no tienen en cuenta las condiciones particulares pactadas entre mi cliente CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A. y CLÍNICA FARALLONES S.A. en calidad de tomador, como son: amparos, deducibles, límite asegurado y demás aspectos que no han sido indicados en el llamamiento en garantía.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO

3.1. DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO COMO OBLIGACIÓN DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

Considero importante, que se precisen los conceptos de las obligaciones de medio y de otro lado, las de resultado.

De conformidad con la doctrina francesa, nos encontramos frente a una obligación de resultado cuando por la naturaleza de la prestación, el acreedor contrata para obtener cierto resultado prometido por el deudor y no para

imponer una diligencia a éste último. Es decir. Las partes convienen ese resultado en el objeto directo de su obligación, por lo que, la falta del mismo hace presumir la culpa del deudor, presunción que sólo se destruye probando circunstancias exógenas que le imposibilitaron cumplir.

Ahora bien, frente a la obligación de medios el consejo de estado en sentencia de 1994 estableció: *"acerca del alcance de esta obligación de medios, que consiste en otorgar al paciente atención oportuna y eficaz, la sala ha dicho que ella obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del arte de curar son conducentes para tratar de lograr el fin deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo. La doctrina y la jurisprudencia son unánimes en expresar que tratándose de las obligaciones del médico y de las instituciones de salud, son de medios, toda vez que el compromiso que ellos adquieren no es de curar al enfermo, sino de suministrarle los cuidados concienzudos y solicitados con su ciencia."*

De manera que en la obligación de medios, el deudor promete solamente conducirse con prudencia y diligencia en una dirección determinada, siendo esta diligencia el objeto de la obligación, ya que normalmente el resultado esperado por el acreedor es demasiado aleatorio y depende poco de la exclusiva diligencia del deudor, por lo que la no obtención del resultado no permite presumir culpa de este último, en cuyo caso se debe probar la culpa

3.2. INEXISTENCIA Y/O SOBREESTIMACIÓN DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS:
En el presente caso, es necesario destacar que los perjuicios reclamados por la parte actora a través del presente proceso, como perjuicios inmateriales que corresponden a aquellos aspectos subjetivos negativos que se derivan del acaecimiento del hecho, razón por la cual, no son cuantificables económicamente.

Es así como, desde tiempo atrás, la Corte Suprema de Justicia viene estableciendo límites a la indemnización de los perjuicios inmateriales, que sirven como parámetros orientadores de los jueces y tribunales, para la tasación de los referidos perjuicios en los casos concretos.

Ahora bien, actualmente, como indemnización máxima de los perjuicios morales subjetivos causados a partir de la ocurrencia de un hecho dañoso, la Corte Suprema de Justicia ha establecido la suma de CUARENTA MILLONES DE PESOS MCTE ($40.000.000). Es así como, el monto indemnizable de los referidos perjuicios es para aquellos eventos verdaderamente graves.

De otro lado, conforme la sentencia SU del 28 de Agosto de 2014 proferida por la sala de lo Contencioso administrativo, sección tercera del Consejo de Estado, (CE, S3, 28 ago. 2014, e31172), indica que para efectos de la tasación de la reparaci´n de daño moral en caso de lesión, deberá remitirse a gravedad de la lesión, el cual para los daños a la salud, establece:

REPARACIÓN DEL DAÑO A LA SALUD REGLA GENERAL	
Gravedad de la Lesión	Víctima Directa/ (SMLMV)
Igual o superior al 50%	100

Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

Por lo anterior, es claro que dicha suma exceda el tope indemnizatorio máximo fijado por la jurisprudencia para la indemnización de estos perjuicios, razón por la cual, no es dable su reconocimiento en la suma reclamada, so pena de atentar contra el principio de igualdad y de proporcionalidad.

EXCEPCIONES DE MÉRITO DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO POR TANTO AUSENCIA DE OBLIGACIÓN DE PAGO DE ASEGURADORA

Atendiendo a que en el presente proceso no se encuentra probado el daño ni el nexo de causalidad entre éste y el actuar de la CLÍNICA FARALLONES S.A. no se puede concluir cosa diferente que EL DEMANDADO no tuvo culpa alguna en el evento dañoso, por lo tanto al no existir responsabilidad ninguna a cargo de éste no procede acción frente a la compañía, ni afectación ninguna de la póliza citada, ni pago ninguna de su parte.

LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA SE ENCUENTRA LIMITADA AL VALOR DE LA SUMA ASEGURADA

Como bien se desprende de la póliza allegada al proceso número: 12/42019, que da cuenta del contrato suscrito entre las partes, la aseguradora se compromete a indemnizar bajo la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica los actos médicos erróneos en la prestación de servicios profesionales.

El despacho deberá tener en cuenta asimismo, que en el evento en que se determine la responsabilidad civil extracontractual en contra de nuestro asegurado en virtud de los hechos acaecidos, la responsabilidad de la aseguradora, se encuentra limitada al valor de la suma asegurada establecida en la referida póliza expedida y más específicamente, a la consagrada para el amparo de responsabilidad civil extracontractual.

En efecto el artículo 1079 del Código de Comercio establece: “El asegurador no estar obligado a responder sino hasta la ocurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto, en el segundo inciso del artículo 1074”.

Así las cosas, es un hecho que la responsabilidad del asegurador se encuentra siempre limitada a la suma asegurada que se pacte en el contrato, sin perjuicio de los dispuesto en el segundo inciso del artículo 1079 del C..de Co., lo cual hace referencia al reconocimiento por parte del asegurador de los gastos incurridos por el asegurado para evitar la extensión y propagación del siniestro, salvedad que sobra aclarar, no resulta aplicable al presente caso.

Es así como, en el presente caso, con fundamento en las citadas condiciones, es claro que aun en el evento en que se considerara que el hecho acaecido dio lugar al nacimiento de la alegada obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora,el límite de la responsabilidad de la misma estará dado por la suma asegurada del respectivo amparo que se considere afectado.

En consecuencia, y de conformidad con los hechos acaecidos, con las disposiciones legales y con lo establecido en la póliza, CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., no podrá ser condenada a responder más allá de la suma asegurada.

DEDUCIBLE DE LA SUMA ASEGURADA

En adición a lo anteriormente establecido se encuentra precisamente acordado en la póliza RCM 12/42019 un deducible, siendo éste por el monto o porcentaje del daño indemnizable que invariablemente se deduce de este y por lo tanto siempre queda a cargo del asegurado.

Como bien lo establece el artículo 1103 del Código de Comercio: *"las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original".*

De conformidad con lo anterior y de acuerdo a la póliza contratada esta es la suma que siempre debe ser asumida por el asegurado ante la ocurrencia del siniestro y que de acuerdo con las condiciones antes citadas del contrato se fija para cada evento.

De conformidad con lo anterior, queda expresamente consignado para la cobertura de RCM, un deducible general del 10%, mínimo COP$50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

De esta manera la indemnización que se tase en un eventual fallo desfavorable, para efectos del pago de la CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., deberá descontar del total a indemnizar el deducible pactado y detallado en el párrafo anterior.

GENÉRICA E INNOMINADA

Fundamentada en cualquier hecho o circunstancia exceptiva que resulten probados en el proceso y en virtud de las cuales la Ley considere que la obligación no nació o se extinguió, conforme a lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, ruego al Despacho pronunciarse oficiosamente.

Lo anterior, teniendo en cuenta que al momento de recibir esta convocatoria al proceso, se desconoce hechos tanto para el señor Juez, como para este apoderado y que pueden ser allegados al expediente durante el desarrollo del mismo, solicito que si al momento de llevar a cabo el análisis de juzgamiento, se encuentran elementos procesales recaudados que puedan dar lugar a la constitución de una excepción para el pago de la indemnización solicitada por los demandantes y que no hayan sido expresamente citados en esta contestación, sea reconocida la excepción que ellos configuren y más aún teniendo en cuenta la naturaleza del vínculo que une a las

partes, el cual consta en los documentos y acuerdos celebrados entre las partes, se despache desfavorablemente la solicitud de indemnización pedida.

5. PRUEBAS

5.1. SOBRE LAS PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE.

5.1.1 DOCUMENTALES Y TESTIMONIALES
Con todo respeto desde ya solicito que todas y cada una de las pruebas documentales (declarativos y dispositivos provenientes de terceros) que aporte o llegue a aportar la parte demandante sean apreciadas de conformidad con lo establecido en las disposiciones probatorias, esto es, si son debidamente ratificadas.

5.2. SOBRE LAS PRUEBAS DEL SUSCRITO

5.2.1 DOCUMENTALES
- Copia de la Póliza número 12/42019
- Poder debidamente autenticado.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de Chubb Seguros de Colombia S.A.

5.2.2. INTERROGATORIO DE PARTE:
Solicito a su Despacho se sirva ordenar el interrogatorio de parte a los demandantes, a quien le haré las preguntas verbalmente durante la audiencia inicial.

5.2.3. OFICIO:
- Las que su despacho considere pertinentes.

1. NOTIFICACIONES

Las partes en las direcciones consignadas en la demanda.

El suscrito las recibirá en la Secretaría de su Despacho o en la Calle 35 No. 17 -56 Oficina 804 Edificio Davivienda de la ciudad de Bucaramanga. En los Correos Electrónicos: juridica@arenasochoa.com

De la Señora Juez,



SERGIO ERNESTO ARENAS CASTELLANOS
C.C. No. 13.543.602 de Bucaramanga
T. P. No. 162.416 del C. S. de la J.

Elaboró: Claudia Carvajalino

Chubb Seguros Colombia S.A. Bogotá D.C. , Colombia
NIT: 860.026.518-6 O +(571) 319 0300
Calle 71 #7-21 Piso 7 F +(571) 319 0408

FILI-161-19

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
NIT: 860.026.518-6
CERTIFICA QUE:

CHUBB®

CLINICA FARALLONES *identificada con Nit.* ***800.212.422-7*** *tiene contratada con nuestra compañía la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica, la cual se encuentra en proceso de emisión bajo las condiciones que detallamos a continuación:*

TOMADOR
CLINICA FARALLONES

ASEGURADO:
CLINICA FARALLONES.

VIGENCIA
Desde Septiembre 28 de 2019 a las 00:00 horas Hasta Septiembre 27 de 2020 a las 24:00 horas

LIMITE AGREGADO ANUAL DE RESPONSABILIDAD
Cop $2.000.000.000toda y cada reclamación y en el agregado.

DEDUCIBLE:
10% mínimo COP $50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos

Esta certificación se encuentra sujeta a la totalidad de términos, condiciones, amparos, exclusiones, garantías, definiciones y sublímites de acuerdo con la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médic que se encuentra en proceso de emisión por ***CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.,*** *y el clausulado de condiciones generales.*

La presente se expide en la ciudad de Bogotá, a los 27 dias del mes de Septiembre de 2019.

Cordialmente,



EDGAR SAAVEDRA
REPRESENTANTE LEGAL

CHUBB

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

(571) 326-6200 PBX
(571) 319-0300
(571) 319-0400
(571) 319-0408 Fax
www.chubb.com/co

Ramo	Operación	Póliza	Anexo	Referencia
12 RESPONSABILIDAD	01 Poliza Nueva	42019	0	**12004201900000**

Sucursal	Vigencia del Seguro	Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Fecha de Emisión	Año	Mes	Día
05 CALI	**Desde**	2019	09	28	00	**Hasta**	2020	09	27	24		2019	10	17

Tomador	CLINICA FARALLONES S A	**C.C. O NIT**	8002124227
Dirección	CL 9 C 50 25	**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
41040 DELIMA MARSH CALI

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

SE EMITE LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.
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

Valor Prima	426.360.000,00	$COP
Gastos Exped.	0,00	$COP
I.V.A.	81.008.400,00	$COP
Total a Pagar	**507.368.400,00**	**$COP**

CLIENTE

TOMADOR

Chubb Seguros Colombia S.A.

CHUBB

Referencia de Pago
12004201900000

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

Tomador CLINICA FARALLONES S A

Forma de Pago		
Efectivo		$
Cheque	Cod Bco	$
Cheque	Cod Bco	$
Total a pagar		$

☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807
☐ Bco Occidente Cta Cte 288038185
☐ Davivienda Cta Cte 516990066
☐ Grupo Almacenes Exito

También puede realizar el pago en línea a través de nuestra página web www.chubb.com.co
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



4157709998000629802012004201900000390000000000009600000000

(415)7709998000629(8020)12004201900000(3900)0000000000(96)00000000

ROBCO10

ENTIDAD BANCARIA

CHUBB®

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/0042019	0	1
CLINICA FARALLONES S.A.		

Tomador:	CLINICA FARALLONES - NIT 800.212.422-7
Asegurado:	CLINICA FARALLONES .- NIT 800.212.422-7
Vigencia:	Desde Septiembre 28 de 2019 a las 00:00 horas Hasta Septiembre 27 de 2020 a las 24:00 horas
Interes:	Responsabilidad Civil Profesional Médica.
Delimitacion 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La anterior condición queda como exclusión absoluta.

Fecha De Antiguedad: Septiembre 28 de 2019

Condiciones Economicas (Opciones)

Limite Asegurado	Deducible	Prima Antes de Iva
Cop $2.000.000.000	10% mínimo COP $50.000.000 de todos y cada uno de los reclamos	COP$ 426.360.000

** Esta oferta no se presenta como monolinea esta sujeta a que el cliente tomo con Chubb Seguros los seguros de daños.*

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 cirugias 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	50%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 RECLAMACIÓNDERIVADA RESPECTO DE LA SINIETRALIDAD REPORTADOS POR EL ASEGURADO EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO ENVIADO A CHUBB SEGUROS YQUE SIRVIO DE BASE PARA ESTA COTIZACION.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 antiguedad: Septiembre 28 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-

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLACHUBB20160043 - 17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

- Para efectos de la presente póliza, las personas con relación laboral con el **asegurado**; los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado; los contratistas y subcontratistas y sus dependencias; las personas vinculadas con el asegurado con un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios serán considerados terceros, cuando estos ingresen en calidad de pacientes a la CLINICA FARALLONES.
- Se amplian términos de revocación 60 días

Participacion CHUBB: 100% de la anterior Suma Asegurada y prima
Términos de Pago de Prima: Cláusula de pago de prima 90 días calendario.
Comisión **16%**

Nota 2:

Esta Nota de Cobertura no compromete a CHUBB SEGUROS al otorgamiento del amparo respectivo hasta tanto CHUBB SEGUROS lo haya manifestado expresamente, indicando la fecha de iniciación de vigencia, con posterioridad al recibo en su domicilio, de la aceptación por parte del tomador.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 EXTRACONTRACTUAL 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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 POLICRORADOS), 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

CHUBB®

ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS
01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043
01/11/2016-1305-NT-06-CHUBBSEGP&CINST0031

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 SUBLIMITE 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 ESPECIFICO 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

EFECTOS 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 lograren 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 las **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, epicrisis y cierre de la historia clínica.

c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se 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 mesura, 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.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de septiembre de 2020 Hora: 13:07:41
Recibo No. AB20097149
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B20097149FA2D3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Nit: 860.026.518-6
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00007164
Fecha de matrícula: 21 de marzo de 1972
Último año renovado: 2020
Fecha de renovación: 18 de marzo de 2020
Grupo NIIF: Entidades públicas que se clasifiquen según el Artículo No. 2 de la Resolución 743 del 2013, según la Contaduría General de la Nación (CGN).

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 7 # 71 - 21 To B P 7
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: notificacioneslegales.co@chubb.com
Teléfono comercial 1: 3190300
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 7 # 71 - 21 To B P 7
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificacioneslegales.co@chubb.com
Teléfono para notificación 1: 3190300
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

Signature Not Verified
Constanza del Pilar Puentes Trujillo

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de septiembre de 2020 Hora: 13:07:41
Recibo No. AB20097149
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B20097149FA2D3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

REFORMAS ESPECIALES

Que por Escritura Pública No. 0809 Notaría 10 de Bogotá del 11 de marzo de 1.988 inscrita el 14 de marzo de 1.988 bajo el No.231.117 del libro IX, la sociedad cambió el nombre de: "SEGUROS COLINA S.A. Por el de: CIGNA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 000809 de Notaría 10 de Bogotá, D.C. del 11 de marzo de 1988, inscrita el 17 de marzo de 1988 bajo el No. 00217391 del libro IX, la sociedad cambió el nombre por: CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 003583 de Notaría 18 de Santa Fe de Bogotá, D.C. Del 07 de septiembre de 1999, inscrita el 14 de septiembre de 1999 bajo el No. 00696123 del libro IX, la sociedad cambió el nombre de: CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A., por el de: ACE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1482 de la Notaría 28 de Bogotá D.C. Del 21 de octubre de 2016, inscrita el 1 de noviembre de 2016 bajo el número 02154169 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: ACE SEGUROS S.A., por el de: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Que por E.P. No. 1071 de la Notaría 10 de Bogotá del 4 de abril de 1988, inscrita el 15 de abril de 1988 bajo el No. 233521 del libro IX, la sociedad se fusiono, absorbiendo a la compañía la CONTINENTAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1498 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 25 de octubre de 2016, inscrita el 1 de noviembre de 2016 bajo el número 02154138 del libro IX, la sociedad de la referencia (absorbente) absorbe mediante fusión a la sociedad CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. La cual se disuelve sin liquidarse,

transfiriendo en bloque la totalidad de sus activos y pasivos.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Que mediante Oficio No. 2436 del 20 de agosto de 2019, inscrito el 30 de Agosto de 2019 bajo el No. 00179553 del libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bucaramanga, comunicó que en el Proceso Verbal (Responsabilidad Civil Extracontractual) No. 68001310300420190019600 de Aminta Gaona de Prada, Eliecer Gaona Martínez y Eduardo Gaona Martínez, contra: AUTOPISTAS DE SANTANDER S.A. y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0499 del 06 de marzo de 2020, el Juzgado 4 Civil del Circuito de Montería (Cordoba), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso demanda verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23-001-31-03-004-2020-00035-00 de: David Jose Morinson Negrete CC. 1.067.881.227, Contra: Jaime Andres Uribe Ballena CC. 1.065.889.878, BANCO BBVA COLOMBIA SA, el cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de Agosto de 2020 bajo el No. 00184902 del libro VIII.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 8 de octubre de 2069.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá por objeto principal la realización de operaciones de seguro, bajo las modalidades y ramos facultados expresamente por la superintendencia bancaria y aquellas previstas en la ley con carácter especial. Así mismo, podrá efectuar operaciones de reaseguro en los términos que establezcan las disposiciones legales sobre el particular, o las de cualquier otro país donde establezca sucursales o agencias. En desarrollo de su objeto principal, la sociedad podrá ejecutar toda clase de negocios afines al de seguro que la ley colombiana autorice a las compañías de seguros generales o

comerciales, sea que estos negocios se desarrollen en el país o en el exterior y hacer las inversiones en bienes raíces o muebles legalmente permitidas, pudiendo participar en otras sociedades de cualquier tipo y cualquiera que sea su objeto, ya sean constituidas o en el acto de su constitución. Además, la sociedad podrá dar y recibir créditos, recibiendo u otorgando garantías reales y personajes, adquirir y enajenar a cualquier título toda clase de bienes muebles e inmuebles, gravarlos a cualquier título y cambiarles su forma, celebrar el contrato comercial de cambio en todas sus manifestaciones y, en consecuencia, aceptar, girar, descontar, adquirir, endosar, garantizar, protestar, dar en garantía toda clase de títulos valores, así como para realizar operaciones de libranza, y en general, ejecutar o celebrar toda clase de actos lícitos que tiendan directamente a la realización de su objeto social principal y las que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legal o convencionalmente derivadas de la existencia y actividad de la sociedad.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor : $0,00
No. de acciones : 0,00
Valor nominal : $0,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor : $0,00
No. de acciones : 0,00
Valor nominal : $0,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $0,00
No. de acciones : 0,00
Valor nominal : $0,00

Aclaración Capital

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de septiembre de 2020 Hora: 13:07:41
Recibo No. AB20097149
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B20097149FA2D3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

** Capital Autorizado **
Valor : $66,006,502,303.00
No. de Acciones : 1,449,809,040.00
Valor Nominal : $45.5277215701456

** Capital Suscrito **
Valor : $66,006,502,303.00
No. de Acciones : 1,449,809,040.00
Valor Nominal : $45.5277215701456

** Capital Pagado **
Valor : $66,006,502,303.00
No. de Acciones : 1,449,809,040.00
Valor Nominal : $45.5277215701456

NOMBRAMIENTOS

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

Mediante Acta No. 90 del 26 de noviembre de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de febrero de 2020 con el No. 02552149 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Obregon Trillos Manuel Francisco	C.C. No. 000000079151183
Segundo Renglon	Afanador Garzon Oscar Luis	C.C. No. 000000019490945
Tercer Renglon	Montenegro Ramirez Alvaro Joaquin	C.C. No. 000000079485188
Cuarto Renglon	Sevilla Muñoz Fabricio	P.P. No. 000001707261366
Quinto Renglon	Sarniguet Kuzmanic	P.P. No. 000000P08841264

Vivianne

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Orozco Vasconsellos Ivonne	C.C. No. 000000049786217
Segundo Renglon	Garcia Moncada Gloria Stella	C.C. No. 000000039782465
Tercer Renglon	Salcedo Roberto	P.P. No. 000000488390096
Cuarto Renglon	Pazmino Cabrera Xavier Antonio	P.P. No. 000000908889264
Quinto Renglon	Chaves Lopez Jaime	C.C. No. 000000079693817

REVISORES FISCALES

Mediante Acta No. 88 del 27 de marzo de 2018, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de mayo de 2018 con el No. 02345290 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	PWC CONTADORES Y AUDITORES LTDA	N.I.T. No. 000009009430484

Mediante Documento Privado No. 220844 del 12 de octubre de 2018, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de diciembre de 2018 con el No. 02402761 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Ruiz Gerena Claudia Yamile	C.C. No. 000000052822818 T.P. No. 129913-T

Mediante Documento Privado No. sin num del 12 de octubre de 2018, de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de septiembre de 2020 Hora: 13:07:41
Recibo No. AB20097149
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B20097149FA2D3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de diciembre de 2018 con el No. 02403079 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Nova Martinez Andres Leonardo	C.C. No. 000000080074331 T.P. No. 133670-T

PODERES

Que por Escritura Pública No. 1442 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 3 de noviembre de 2015, inscrita el 2 de diciembre de 2015 bajo el No. 00032689 del libro V, compareció Oscar Javier Ruiz Mateus identificado con cédula de ciudadanía No. 79.341.937 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Jaime Rodrigo Camacho Melo, Varón colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en Bogotá D.C., identificado con cédula ciudadanía No. 79.650.508 expedida en Bogotá y con la tarjeta profesional de abogado número 75.792 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura para que represente legal, jurídicamente y judicialmente a ACE SEGUROS S.A., en todos los asuntos de carácter administrativo, judicial, extrajudicial y arbitral, que conciernan a ACE SEGUROS S.A., y para que lleve a cabo los siguientes actos, en cualquier orden y sin consideración a su cuantía y calidad. 1, representación: para que represente a ACE SEGUROS S.A., ante cualquier persona natural o jurídica, de derecho público o privado, de carácter nacional o internacional y ante cualquiera juzgado, despacho judicial, cuerpo colegiado o tribunal, asamblea, junta, reunión, sociedad, consorcio, corporación, entidad, patrimonio autónomo, establecimiento, oficina, dirección, sección, que pertenezcan o no, o que estén vinculados o adscritos al estado o a la nación, a los departamentos, distritos, municipios, ministerios, departamentos administrativos, empresas industriales y comerciales del estado, establecimientos públicos, sociedad de economía mixta, Notarías y en general a toda la rama ejecutiva o administrativa, judicial o jurisdiccional y legislativa del poder público del estado, en cualquier acto, petición, actuación, diligencia, trámite o proceso en cualquier calidad. El apoderado podrá en representación de ACE SEGUROS S.A., absolver interrogatorios de parte, declarar y confesar. 2. Tribunal de arbitramento: Para que someta a la decisión de

árbitros conforme a la ley y normas relacionadas, las controversias susceptibles de transacción relativas a los derechos y obligaciones de ACE SEGUROS S.A. y para que represente a la mencionada aseguradora donde sea necesario en el trámite de procesos arbitrales. 3. Apoderado judicial: Para que represente a ACE SEGUROS S.A. ante cualquier autoridad jurisdiccional o judicial en toda clase de procesos, juicios, trámites, diligencias, como demandante, demandado, llamado en garantía u otra calidad, sean civiles, comerciales, laborales, contenciosas administrativas, arbitrales y demás jurisdicciones que existan actualmente o puedan existir, teniendo las facultades que le confiere la ley y este mandato en general, más las de notificarse personalmente de toda providencia, contestar demandas y llamamientos en garantía, presentar e interponer recursos, promover incidentes, recibir, transigir, novar, conciliar, desistir y renunciar, sustituir total o parcialmente y reasumir, y las demás que sean necesarias para que nunca quede sin representación ACE SEGUROS S.A., judicial o extrajudicialmente ante autoridades judiciales, arbitrales o administrativas. 4. Conciliar y transigir: Para que concilie total o (sic) procesal, judicial o extrajudicialmente, cualquier tipo de (sic) negocios, ante juez, magistrado, arbitro, notario o conciliador (sic) general que esté adscrito o haga parte o no de cualquier (sic) entidad, fundación, asociación, consultorio jurídico, centro (sic) conciliación, centro de arbitraje, etc.; para que transija, (sic) arregle negocios, pleitos, procesos o trámites y diferencias (sic) ocurran respecto de los actos y contratos, derechos y obligaciones de ACE SEGUROS S.A. El apoderado en el evento de conciliación podrá presentar al conciliador, o a quien haga sus veces, todas las pruebas, documentos y excusas necesarios o a que haya lugar para que se pueda celebrar la respectiva audiencia. 5. Sustitución y revocación: Para que sustituya y reasuma total o parcialmente el presente poder y revoque sustituciones. 6. General: En general para que asuma la personería de ACE SEGUROS S.A., cuando lo estime conveniente y necesario, de tal modo que en ningún caso quede sin representación en sus negocios. Segundo: revocabilidad: ACE SEGUROS S.A., se reserva expresamente la facultad de revocar total o parcialmente el presente mandato, en cualquier momento y por cualquier razón. Para ello bastará que ACE SEGUROS S.A. Eleve a escritura pública la revocación y solicitud al señor notario para que este ordene, a quien corresponda, hacer la respectiva nota de revocación o cancelación sobre el texto de la presente escritura pública que contiene al presente poder general. Tercero: Vigencia: El presente poder tendrá vigencia indefinida a partir de la fecha de

---

otorgamiento de la presente escritura pública.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1599 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 24 de noviembre de 2016, inscrita el 6 de diciembre de 2016 bajo los No. 00036435 y 00036439 del libro V, compareció Jaime Chaves Lopez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.693.817 expedida en Bogotá D.C., en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio y suficiente, a favor de Carlos Humberto Carvajal Pabon, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.354.035 y tarjeta profesional número 33041 del Consejo Superior de la Judicatura y a Gustavo Alberto Herrera Avila, identificado con cédula de ciudadanía número 19.395.114 y con tarjeta profesional número 39116 del Consejo Superior de la Judicatura (los _apoderados_), para que en nombre y representación de la sociedad, realice los siguientes actos: Comparecer en juicio y representar a la sociedad en toda clase de asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos, teniendo todas aquellas funciones y facultades para ejercer dicha representación. Los apoderados en desarrollo de la representación legal de la sociedad para asuntos de índole judicial o administrativa, tendrán la facultad de imponerse de toda clase de notificaciones legales, confesar, interponer y sustentar recursos, contestar demandas, demandar y contra demandar, pedir y allegar pruebas, intervenir en todas las etapas, instancias e incidentes de los procesos o actuaciones judiciales o administrativas, rendir informes, absolver interrogatorios en diligencia de confesión judicial y extrajudicial, desistir, conciliar, transigir, recibir, conferir poderes y revocarlos y en general para que asuma la personería y representación de la sociedad CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. En todos aquellos asuntos judiciales o administrativos que estime necesario y conveniente a los intereses de esta sociedad, de manera tan amplia que está ningún caso quede sin representación en dicha clase de asuntos.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1060 de la Notaría 28 de Bogotá, del 02 de octubre de 2018, inscrito el 12 de octubre de 2018 bajo el número 00040208 del libro V, Manuel Francisco Obregón Trillos identificado con cédula de ciudadanía No. 79.151.183 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente instrumento confiere poder especial, amplio y suficiente a favor de Olivia Stella Viveros Arcila identificada con cédula de ciudadanía No. 29.434.260 y/o María Del Mar García de Brigard,

---

identificada con cédula de ciudadanía No. 52.882.565 y/o Gloria Stella García Moncada, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.782.465 y/o Ivonne Orozco Vasconsellos identificada con cédula de ciudadanía No. 49.786.217 y/o Carolina Isabel Rodriguez Acevedo, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.417.444 y/o Daniel Guillermo García Escobar identificado con cédula de ciudadanía No. 16.741.658 (los apoderados) para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. Los apoderados estarán facultados para negociar, suscribir, actualizar certificaciones derivadas de las mismas. III) Los apoderados tienen la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

Que por Escritura Pública No. 1585 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 22 de noviembre de 2016, inscrita el 29 de noviembre de 2016 bajo los No. 00036239, 00036240, 00036241, 00036242, 00036243 y 00036244 del libro V, compareció Maria Del Mar Garcia de Brigard identificada con cédula de ciudadanía No. 52.882.565 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente a Oscar Luis Afanador Garzon identificado con cédula de ciudadanía No. 19.490.945; y/o a Maria Patricia Aragon Velez, identificada con cédula de ciudadanía No. 43.510.821; (los apoderados), para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para: I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. Los apoderados estarán facultados para negociar, suscribir, actualizar y cancelar las pólizas de seguros, junto con el otorgamiento de las certificaciones derivadas de las mismas. II) Los apoderados tienen la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública Número 151 de la Notaría 28 de Bogotá D.C, del 19 de febrero de 2019, inscrita el 4 de marzo de 2019 bajo el número 00041007 del libro V, compareció Manuel Francisco Obregon Trillos identificado con cédula de ciudadanía número. 79.151.183 en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente a favor de Lorena Gutierrez Flores, identificada con pasaporte número g23204652 (la "apoderada"), para que actúen

---

individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para: I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. La apoderada estará facultada para negociar, suscribir, actualizar y cancelar las pólizas de seguros, junto con el otorgamiento de las certificaciones derivadas de las mismas. III) La apoderada tiene la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

REFORMAS DE ESTATUTOS

REFORMAS:

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
2.844	26-V- 1.992	18 STAFE BTA	27-V- 1.992 NO.366.564
2.142	16- V-1.995	18 STAFE BTA	24- V-1.995 NO.493.932
2.847	19-VI-1.996	18 STAFE BTA.	24-VI-1.996 NO.542.979

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001797 del 19 de mayo de 1999 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00682571 del 1 de junio de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0003583 del 7 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00696123 del 14 de septiembre de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0008226 del 27 de junio de 2000 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00735121 del 29 de junio de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0005349 del 6 de octubre de 2000 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00749625 del 20 de octubre de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0001104 del 21 de agosto de 2001 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	00791851 del 30 de agosto de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0003874 del 3 de mayo de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00827149 del 16 de mayo de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0010754 del 9 de octubre de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00850293 del 25 de octubre de 2002 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de septiembre de 2020 Hora: 13:07:41
Recibo No. AB20097149
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B20097149FA2D3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

E. P. No. 0001182 del 3 de mayo de 2006 de la Notaría 11 de Bogotá D.C.	01054022 del 9 de mayo de 2006 del Libro IX
E. P. No. 1010 del 22 de abril de 2009 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01293353 del 29 de abril de 2009 del Libro IX
E. P. No. 122 del 22 de enero de 2010 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	01356112 del 25 de enero de 2010 del Libro IX
E. P. No. 660 del 12 de marzo de 2010 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	01368649 del 15 de marzo de 2010 del Libro IX
E. P. No. 642 del 15 de abril de 2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01828907 del 24 de abril de 2014 del Libro IX
E. P. No. 1034 del 18 de junio de 2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01849532 del 7 de julio de 2014 del Libro IX
E. P. No. 001634 del 22 de diciembre de 2015 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02052237 del 13 de enero de 2016 del Libro IX
E. P. No. 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02154169 del 1 de noviembre de 2016 del Libro IX
E. P. No. 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02154138 del 1 de noviembre de 2016 del Libro IX
E. P. No. 2024 del 20 de diciembre de 2019 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02537294 del 27 de diciembre de 2019 del Libro IX

Estatutos

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARÍA	INSCRIPCIÓN
5100	8- X-1.969	3 Bogotá	10-IX-1.969 No. 26745
1497	16-VIII-1974	11 Bogotá	16-IX-1.974 No. 20935
3933	19-XI -1.976	10 Bogotá	7-XII-1.976 No. 41326
964	9-III-1.982	7 Bogotá	4-VI -1.982 No.116768
4131	1-XII-1.987	10 Bogotá	28-XII-1.987 No.225595
809	11-III-1.988	10 Bogotá	14-III-1.988 No.231117
1067	8-VII-1.988	28 Bogotá	15-VII-1.988 No.240759
2007	7-XII-1.988	28 Bogotá	13-XII-1.988 No.252457

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de septiembre de 2020 Hora: 13:07:41
Recibo No. AB20097149
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B20097149FA2D3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

5128	10- XI-1.989	18	Bogotá	21- XI-1.989 No.280317
1740	20-IV- 1.990	18	Bogotá	8-IV- 1.990 No.293613
2010	7- V- 1.990	18	Bogotá	8-IV- 1.990 No.293613
3779	19- VI-1.991	18	Bogotá	27-VI -1.991 No.330796
2844	26- V -1.992	18	STAFE BTA	27-V -1.992 No.366564

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Que por Documento Privado de Representante Legal del 2 de diciembre de 2008, inscrito el 3 de febrero de 2009 bajo el número 01272228 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:
- CHUBB LIMITED
Domicilio: (Fuera Del País)
Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio
Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

Que por Documento Privado No. sin num de Representante Legal del 11 de febrero de 2016, inscrito el 4 de abril de 2016 bajo el número 02089552 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:
- CHUBB LIMITED
Domicilio: (Fuera Del País)
Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio
Que se ha configurado una situación de grupo empresarial con la sociedad de la referencia.
Fecha de configuración de la situación de grupo empresarial : 2016-01-14

Aclaración de Situación de Control
Se aclara la situación de control inscrita el 3 de febrero de 2009 bajo el número 01272228 del libro IX, informando que la sociedad matriz CHUBB LIMITED (matriz) ejerce situación de control indirectamente a través de ACE INA INTERNATIONAL HOLDINGS LTD y otras filiales y/o empresas del grupo ACE sobre la sociedad de la referencia (subordinada).

Aclaración Grupo Empresarial
Se aclara que por Documento Privado Sin núm. de representante legal del 11 de febrero de 2016, inscrito el 4 de abril de 2016, bajo el número 02089552 del libro IX, en el sentido de indicar que se configura grupo empresarial entre la sociedad matriz CHUBB LIMITED y

---

las subordinadas: CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S A y ACE SEGUROS SA.

Aclaración De Situación de Control Y Grupo Empresarial

Que por Documento Privado Sin núm. de representante legal del 7 de diciembre de 2016, inscrito el 12 de diciembre de 2016, bajo el número 02164764 del libro IX, se modifica la situación de control inscrita bajo el registro 01272228 y grupo empresarial inscrito bajo el registro 02089552 del libro IX, en el sentido de indicar que la sociedad matriz CHUBB LIMITED ejerce situación de control y grupo empresarial de manera indirecta sobre la sociedad de la referencia a través de las sociedades: CHUBB GROUP HOLDINGS INC., CHUBB INA HOLDINGS INC., FEDERAL INSURANCE COMPANY, GREAT NORTHERN INSURANCE COMPANY, VIGILANT INSURANCE COMPANY, PACIFIC INDEMNITY COMPANY, INA CORPORATION, CHUBB INA INTERNATIONAL HOLDINGS LTD., AFIA FINANCE CORPORATION, INA FINANCIAL CORPORATION, BRANDYWINE HOLDINGS CORPORATION, INA HOLDINGS CORPORATION, INSURANCE COMPANY OF NORTH AMÉRICA, CENTURY INDEMNITY COMPANY, CENTURY INTERNATIONAL REINSURANCE COMPANY LTD.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Nombre:	CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A..
Matrícula No.:	03212432
Fecha de matrícula:	31 de enero de 2020
Último año renovado:	2020
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 72 No. 10 51
Municipio:	Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de septiembre de 2020 Hora: 13:07:41
Recibo No. AB20097149
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B20097149FA2D3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 28 de marzo de 2017.
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 5 de agosto de 2020.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

TAMAÑO EMPRESA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de septiembre de 2020 Hora: 13:07:41
Recibo No. AB20097149
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B20097149FA2D3

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $ 1,573,716,220,068

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

****

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

****

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

****

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

