

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA ESE CENTRO 1 // ASLI IVETH PECHENÉ CUACHETÁ Y OTROS DEMANDADO: ESE CENTRO 1 Y OTROS EN GARANTÍA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
RADICACIÓN: 2020-00115**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Lun 4/04/2022 3:50 PM

Para: Juzgado 08 Administrativo - Cauca - Popayan <j08admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: abogadoscm518@hotmail.com <abogadoscm518@hotmail.com>;notificacionesjudiciales@asmetsalud.com <notificacionesjudiciales@asmetsalud.com>;abogadojuancarloslopezt@gmail.com <abogadojuancarloslopezt@gmail.com>;esecentro1@hotmail.com <esecentro1@hotmail.com>

 8 archivos adjuntos (4 MB)

CONTESTACIÓN A DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GTIA -ASLI IVETH PECHENE vs ESE CENTRO I Y OTROS - PREVISORA.pdf; 1004108-6.pdf; 1004108-5.pdf; 1004108-4.pdf; 1004108-3.pdf; 1004108-1.pdf; 1004108-0.pdf; RCP-006-6-(PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS_v6 (11).pdf;

Señores

JUZGADO OCTAVO (8) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN (C)

E.S.D

REFERENCIA: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTE: ASLI IVETH PECHENÉ CUACHETÁ Y OTROS

DEMANDADO: ESE CENTRO 1 Y OTROS

EN GARANTÍA: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

RADICACIÓN: 19001-33-33-008-2020-00115-00

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA ESE CENTRO 1

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** procedo, dentro del término legal oportuno, a contestar la demanda de reparación directa promovida por ASLI IVETH PECHENÉ, SOFÍA SÁNCHEZ PECHENÉ, ANDERSON SÁNCHEZ CAMPO, ANDREY ALEJANDRO SÁNCHEZ PECHENÉ, ANDERSON SÁNCHEZ PECHENÉ, BERNABÉ PECHENÉ CHANDILLO, CELITA GUACHETÁ, LUIS CARLOS SÁNCHEZ Y FABIOLA CAMPO, y el llamamiento en garantía promovido por el ESE CENTRO 1 dentro del medio de control de reparación directa de la referencia, en la misma forma y el mismo orden en que fueron formulados los hechos y las pretensiones para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tenga en cuenta los hechos y precisiones que se hace a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho.

Copio el mensaje de datos a los buzones electrónicos de los abogados que prohíjan a los demás sujetos procesales.

Agradezco acusen el recibo

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
JLONDONO

Señores

JUZGADO OCTAVO (8) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN (C)
E.S.D

REFERENCIA: **MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA**
DEMANDANTE: **ASLI IVETH PECHENÉ CUACHETÁ Y OTROS**
DEMANDADO: **ESE CENTRO 1 Y OTROS**
EN GARANTÍA: **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**
RADICACIÓN: **19001-33-33-008-2020-00115-00**

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA ESE CENTRO 1

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS procedo, dentro del término legal oportuno, a contestar la demanda de reparación directa promovida por ASLI IVETH PECHENÉ, SOFÍA SÁNCHEZ PECHENÉ, ANDERSON SÁNCHEZ CAMPO, ANDREY ALEJANDRO SÁNCHEZ PECHENÉ, ANDERSON SÁNCHEZ PECHENÉ, BERNABÉ PECHENÉ CHANDILLO, CELITA GUACHETÁ, LUIS CARLOS SÁNCHEZ Y FABIOLA CAMPO, y el llamamiento en garantía promovido por el ESE CENTRO 1 dentro del medio de control de reparación directa de la referencia, en la misma forma y el mismo orden en que fueron formulados los hechos y las pretensiones para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tenga en cuenta los hechos y precisiones que se hace a continuación, 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:

➤ **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA:**

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al 1.: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. El apoderado demandante transcribe de forma incompleta, aislada y descontextualizada los registros de la historia clínica del HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE CAJIBÍO, la vacuna “*del recién nacido*” es una denominación desconocida y la vacuna del BCG es la que se aplica contra el bacilo de Calmette-Guérin y es una vacuna contra la enfermedad de tuberculosis que está indicada para menores de edad y recién nacidos y se registra en la historia clínica de la ESE CENTRO 1 la aplicación de la vacuna contra la hepatitis B.

En la historia clínica se reporta que la bebé egreso del servicio en buenas condiciones de salud, que la madre autorizó y consintió la aplicación de las vacunas a la menor y que además el personal encargado le dio recomendaciones a la madre sobre los signos de alarma e instrucciones para reconsultar en caso de ver salida de líquido purulento o de fiebre. El apoderado demandante tiene que probar lo que afirma.

Frente al 2.: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. No obstante, es preciso atizar que la madre de la menor no acredita formación en menesteres relacionados con la profesión de la Enfermería ni auditoria de la salud, por ello su criterio en torno a la supuesta impericia de la enfermera que puso la inyección a la recién nacida es una simple opinión, además la afirmación es lacónica y poco significativa porque no hay prueba de ello distinto al dicho de una parte, no se identifica con precisión el nombre, los apellidos, la identificación ni el cargo de la supuesta enfermera.

Por otra parte, es normal, según la literatura científica afín del área de la pediatría que las vacunas provoquen alguna reacción en pacientes tan jóvenes. Esto significa que el sistema inmunitario del bebé se ha activado y ese es justamente el propósito de las vacunas, en especial de la BCG, entre estas reacciones naturales esperables también se encuentra el enrojecimiento, el dolor y la hinchazón y no por ello se puede calificar como un evento adverso. El apoderado demandante tiene que probar lo que afirma.

Frente al 3.: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. En el plenario no hay registro en la historia clínica o prueba alguna siquiera sumaria que acredite tal afirmación sobre una presunta fractura. El apoderado demandante tiene que probar lo que afirma.

Frente al 4: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. El enunciado contiene varias premisas que sintácticamente desarrollan situaciones supuestas, aisladas e independientes, el apoderado demandante no las separa con detalle, ni unicidad y su discurso es inextricable, como sea, ninguna de estas circunstancias podría ser de conocimiento de mi Prohijada por cuanto esta no tiene por objeto social prestar servicios de salud ni tiene vínculo legal ni sustancial con los demandantes, además al revisar las historias clínicas incompletas y fragmentarias que se aportan como prueba sumaria del acto médico con el memorial de la demanda, no se observa registro con asiento documental de ninguno de los supuestos hechos narrados en este enunciado. El apoderado demandante tiene que probar lo que afirma.

Frente al 5: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. No obstante, en las notas de la historia clínica, se lee que la menor SOFIA SANCHEZ PECHENE fue remitida el 11 de abril de 2019 a la ESE HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA y no el 16 de abril como manifiesta la parte actora, además las radiografías no muestran compromiso óseo,

pero la ecografía de tejidos blandos muestra aumento de volumen en la región anterior del muslo sugestiva de colección, permite arribar a diagnóstico presuntivo de tumefacción en el miembro inferior por lo que se sospecha de ESAVI (“Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización”) de modo que se instala tratamiento con clindamicina y medidas locales con base en sulfato de magnesio. El apoderado demandante tiene que probar lo que afirma.

Frente al 6.: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. En la historia clínica se puede observar que la radiografía de miembro inferior izquierdo no mostraba compromiso óseo por lo que se descartó la fractura de fémur quedando entonces un diagnóstico presuntivo de absceso de miembro inferior secundario a la aplicación de vacuna contra la hepatitis B, el cual como dijo es una inconveniente esperable, común e inherente a la vacunación de la menor.

Hay que aclarar además que la ESE CENTRO I de Cajibío fue la entidad que remitió a la ESE HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA a la menor no el puesto de salud de Ortega. Vale la pena mencionar que el manejo instaurado en la ESE HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA fue de antibiograma con cefazolina y cefalexina, más drenaje de absceso y hospitalización para monitoreo, igual que el que se procuró en la ESE CENTRO I. El apoderado demandante debe probar lo que afirma.

Frente al 7.: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. El apoderado demandante parafrasea de forma desordenada, descontextualizada y aislada los registros de la historia clínica del 11 de abril de 2019. El apoderado demandante debe probar lo que afirma.

Frente al 8.: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. El apoderado demandante parafrasea de forma desordenada, descontextualizada y aislada los registros de la historia clínica del 11 de abril de 2019. El apoderado demandante debe probar lo que afirma.

Frente al 9.: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. El apoderado demandante debe probar lo que afirma.

Frente al 10.: No le consta a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque no es un hecho propio de la Aseguradora que pueda negar ni admitir. No obstante, en la nota de la historia clínica del 20 de marzo del 2019 se indica por la enfermera que aplicó la vacuna que se entregó información a los padres sobre ESAVI y afirmaron entender asintiendo las vacunas.

Al margen de lo anterior, la vacunación de los menores hace parte de una batería de derechos fundamentales de estos, con consagración en el art. 29 de la Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y Adolescencia indica que son derechos primordiales de la primera infancia (menores de 0 a 6 años), entre otros el esquema completo de vacunación. Por lo que, incluso sin el consentimiento expreso de los padres, en virtud de los deberes de las IPS, en el marco de su agencia en el PAI -Programa Ampliado de Inmunizaciones – No es necesario exigir consentimiento informado para proceder con la vacunación por directriz de la Organización Panamericana de la Salud.

Llama además la atención que al margen de las disquisiciones anteriores y la presidencia legal de consentimiento informado de los padres en estos casos, no se concretó ningún daño fisiológico, de salud ni anatómico a la menor de edad que pueda enlazarse causalmente a la concreción de algún riesgo inherente al ESAVI, por lo que es baladí e insustancial la controversia que el apoderado demandante quiere plantear en torno a la forma en la que se obtuvo el consentimiento informado de los padres de la menor de edad para vacunarle

El apoderado demandante debe probar lo que afirma.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES:

Objeto y me opongo de forma categórica a que se declare a ESE CENTRO I ; como administrativamente, extracontractualmente, o solidariamente responsables por los ninguno de los supuestos daños y perjuicios materiales e inmateriales que aluden los demandantes les fueron causados por la atención médica que estas IPS prodigaron a la señora menor de edad (paciente), ni por los que indirectamente afirman haber soportado sus familiares ASLI IVETH PECHENÉ, SOFÍA SÁNCHEZ PECHENÉ, ANDERSON SÁNCHEZ CAMPO, ANDREY ALEJANDRO SÁNCHEZ PECHENÉ, ANDERSON SÁNCHEZ PECHENÉ, BERNABÉ PECHENÉ CHANDILLO, CELITA GUACHETÁ, LUIS CARLOS SÁNCHEZ Y FABIOLA CAMPO, con ocasión de la prestación del servicio de salud prestado a través del acto médico que se materializó, toda vez que, en este caso no se estructuran ni configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad deprecada, estos son: la falla o falta en la prestación del servicio, ni la imprescindible relación de causalidad con el daño, así como la ausencia de antijuridicidad del mismo, y en esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad de lo pretendido.

Pero además de lo anterior y no menos importante me opongo porque en la pretensión redactada no se refiere a la ESE CENTRO I y ello hace imposible vincular como sujeto pasivo de la pretensión declarativa a la ESE CENTRO I, pues la pretensión como acto procesal de voluntad y de reclamo no está dirigida contra la IPS asegurada y el objeto o materia de la pretensión no se le está exigiendo.

La labor del juez de escudriñar el sentido de la pretensión no puede supraordenar lo que la

parte (en virtud del principio dispositivo de la justicia rogada transversal a esta jurisdicción) ha debido coordinar. El juez puede desenmarañar el sentido del objeto de la pretensión cuando por fallas técnicas de litigación o de sintaxis haya dificultades para su comprensión, pero el juez no puede suplir la voluntad de la parte aumentando ni suprimiendo sujetos activos ni pasivos de la pretensión, de lo contrario habría un tratamiento desigual frente a las partes, una parcialización del operador de justicia y una afrenta al principio de congruencia.

En otras palabras, la labor interpretativa del juzgador, si bien ha sido considerada jurisprudencialmente como una obligación, no es ilimitada; cuando la demanda sea oscura, el juez tiene el deber de interpretarla dentro de los límites establecidos por la ley, pero tal actividad de hermenéutica jurídica solo es permitida siempre y cuando no se sustituya la voluntad del demandante. Al respecto véase la Sentencia del 17 de abril del 1998 de la Sala de Casación Civil Exp. 4.680. M.P. Jorge Antonio Castillo Rugeles.

Frente a la PRETENSIÓN DE PERJUICIOS MORALES : Objeto y me opongo de forma categórica a que se condene a la ESE CENTRO I; a pagar ninguna suma de dinero por los supuestos perjuicios morales estimados exageradamente toda vez que, en este caso no se estructuran ni configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad deprecada, estos son: la actuación irregular de ninguna de las IPS accionadas, ni la imprescindible relación de causalidad con el daño, así como la ausencia de antijuridicidad del mismo, y en esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad delo pretendido.

La oposición la hago detalladamente a continuación:

Me opongo a que se reconozca la suma de 100 SMMLV para ASLI IVETH PECHENÉ, SOFÍA SÁNCHEZ PECHENÉ, ANDERSON SÁNCHEZ CAMPO.

Me opongo a que se reconozca a cada demandante la suma de 50 SMMLV para ANDREY ALEJANDRO SÁNCHEZ PECHENÉ, ANDERSON SÁNCHEZ PECHENÉ, BERNABÉ PECHENÉ CHANDILLO, CELITA GUACHETÁ, LUIS CARLOS SÁNCHEZ Y FABIOLA CAMPO.

Antes que nada, me opongo porque la formulación del pedimento es inespecífica y transgrede la fórmula del numeral 4 del art. 82 del CGP, que indica que es un requisito formal de la demanda indicar “(...) 4. *Lo que se pretenda, expresado con precisión y claridad (...)*”, lo cual, en este caso no ocurre ya que en esta pretensión no se indica que la ESE CENTRO I sea un sujeto pasivo de la pretensión, por ende no se le está pidiendo a la jurisdicción estatal que imponga ninguna obligación de pago, es decir que, al ser una pretensión indemnizatoria, debía establecerse cuál era el sujeto pasivo de la misma con claridad, ya que el extremo pasivo está conformado por varias personas jurídicas escindibles jurídicamente, independientes y autónomas la una de la otra. La nebulosidad de la solicitud se exagera porque en la pretensión declarativa no se adujo que entre las entidades accionadas existiere un vínculo sustancial, ni legal del cual pudiere predicarse una hipotética solidaridad, por ello con mayor razón el apoderado demandante debió

detallar en contra de quien dirige su solicitud, pero no lo hizo, tornándola adjetivamente ineficaz.

Me opongo porque como ya se dijo no existe ni se prueba la responsabilidad extracontractual, ni administrativa, ni solidaria de las codemandadas y porque además los montos solicitados por la apoderada demandante exceden cuantitativamente los baremos monetarios que la jurisprudencia del organismo de cierre de esta jurisdicción, situación que permite evidenciar el ánimo injustificado de lucro detrás de las pretensiones indemnizatorias. La excesividad se evidencia cuando al revisar las solicitudes probatorias no se encuentra que el apoderado demandante haya aportado una prueba conducente, ni eficaz como lo sería un dictamen de pérdida de capacidad laboral, ni ninguno otro proveniente de una Junta de Calificación de Invalidez, una ARL, una EPS ni de una compañía aseguradora, ni tampoco de un médico especialista en valoración de daño corporal, que puedan, con rigor científico determinar la envergadura, durabilidad, ni extensión, de las supuestas afectaciones anatómicas y de la gravedad ni duración de las secuelas en la integridad de la menor de edad paciente en el tiempo, de manera que uno de los elementos indicadores que debe probar el interesado para que se aplique la presunción de daño moral en su favor, que ha hecho carrera en la jurisprudencia unificada del Consejo de Estado está ausente y por ende su solicitud indemnizatoria está desprovista de asidero probatorio.

El apoderado actor pide 100 SMMLV como indemnización para la madre y el padre de la paciente y 50 SMMLV para los hermanos de la menor de edad y también para los abuelos maternos y paternos pero olvida que estos son los topes admisibles por la jurisprudencia en comento para los familiares en primer y segundo grado de parentesco ascendiente o descendiente pero requiere que se demuestre en el plenario que la persona que padece las afectaciones tenga una pérdida de capacidad laboral del 50% o más y eso en este asunto no se ha demostrado porque el togado actora ningún esfuerzo hace por demostrarlo y simplemente aguarda con pasividad a que la judicatura desarrolle toda la logística probatoria para acreditar un elemento que es de su carga demostrativa, como sujeto procesal.

Es más, el apoderado demandante no desarrolla ni siquiera de forma argumental cuál es supuestamente la secuela anatómica de la infección que presentó la paciente menor de edad en su extremidad inferior, se limita a decir que la técnica empleada por la enfermera que puso la inyección **“posiblemente le dañó un músculo o un nervió”** a la paciente y enfatizó en el vocablo “posiblemente” porque da cuenta de la incertidumbre que incluso los mismos demandantes tienen frente a dicha situación, ya que si se revisa toda la historia clínica de la menor se observa que nunca hay registros que así lo indiquen. Según se desprende de la historia clínica por él arrimada como prueba documental sumaria, la paciente fue tratada mediante antibioterapia profiláctica frente a la cual el patógeno cedió y la infección se superó sin mayor dificultad, la pierna de la menor funciona, no tuvo secuelas permanentes ni transitorias que perjudicarían su piel, ni su sistema osteomuscular, tiene la marcha conservada y lo único que sufrió fue un poco de fiebre e

hinchazón temporal, por un espacio de algunos días, lo cual se previó como un efecto del medicamento inyectado en el protocolo de vacunación y que la madre consintió libremente, esta fiebre e hinchazón residual está prevista como una reacción normal en pacientes pediátricos, así está amplísimamente documentado por la literatura médica afín, es decir que tiene asiento y consenso científico generalizado.

Aunque el apoderado demandante si prueba el segundo elemento indicador de la presunción que infructíferamente busca que se aplique en su favor, como lo es el parentesco entre la persona supuestamente afectada directamente y sus familiares, y si bien es cierto que los lazos emocionales, que generalmente siguen a los vínculos de consanguinidad responden al afecto, es posible que la dinámica del relacionamiento de quienes demandan hoy fueren la excepción a esa regla, situación que debe permitirse probar a quienes conforman el extremo pasivo de la disputa, porque la base de indicios sobre los que se funda la fórmula de morigeración tarifada de los pedimentos indemnizatorios por supuesto daño moral de la jurisprudencia de unificación que propone el Consejo de Estado es una presunción judicial, *de hombre*, la cual admite prueba en contrario.

Frente a la pretensión de daño a la salud:

Me opongo a esta solicitud de indemnización para la menor S. S. P. en suma de hasta 100 SMMLV por dos razones:

Primero, porque como ya se dijo, no existe ni se prueba la responsabilidad extracontractual, ni administrativa, ni solidaria de las codemandadas y porque además los montos solicitados por la apoderada demandante exceden cuantitativamente los baremos monetarios que la jurisprudencia del organismo de cierre de esta jurisdicción ha considerado razonables, situación que permite evidenciar el ánimo injustificado de lucro detrás de las pretensiones indemnizatorias. Al respecto la jurisprudencia del órgano de cierre de esta jurisdicción ha indicado (Consejo de Estado. Sala Plena de la Sección Tercera de 14 de septiembre de 2011, Exp. 19031 y 38222)

“(...) este modo una valoración del daño a la persona estructurado sobre la idea del daño corporal, sin tener en cuenta categorías abiertas que distorsionen el modelo de reparación integral. Es decir, cuando la víctima sufra un daño a la integridad psicofísica sólo podrá reclamar los daños materiales que se generen de esa situación y que estén probados, los perjuicios morales de conformidad con los parámetros jurisprudenciales de la Sala y, por último, el daño a la salud por la afectación de este derecho constitucional. La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la víctima directa, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V., de acuerdo a la gravedad de la lesión debidamente motivada y razonada.”

La pretensión tal y como se formula transgrede la directriz antes citada porque que aglutina dos conceptos de reparación diferentes y los equipara erradamente, la acepción tipológica

moderna y actual de daño a la salud se concibió por la jurisprudencia en aras de evitar la dispersión conceptual, justamente con el propósito de evitar incurrir en lo que hace el apoderado demandante.

La excesividad se evidencia cuando al revisar las solicitudes probatorias no se encuentra que el apoderado demandante haya aportado un dictamen de pérdida de capacidad laboral, ni ninguno otro proveniente de una Junta de Calificación de Invalidez, una ARL, una EPS ni de una compañía aseguradora, ni tampoco de un médico especialista en valoración de daño corporal, que puedan, con rigor científico determinar la envergadura de las afectaciones anatómicas y de la gravedad ni duración de las secuelas en la integridad de la señora COLLAZOS en el tiempo, de manera que uno de los elementos indicadores que debe probar el interesado para que se aplique la presunción de daño a la salud en su favor, que ha hecho carrera en la jurisprudencia unificada del Consejo de Estado está ausente y por ende su solicitud indemnizatoria está desprovista de asidero probatorio.

Me opongo en segundo lugar porque el apoderado demandante, no desarrolla una tesis frente a la forma en la que supuestamente las secuelas fisiológicas o anatómicas afectan a la menor de edad en su ontogenia, es decir en la forma suya de relacionarse con diferentes aspectos de la vida (lúdico, ocupacional, educativo, familiar y sexual inclusive), porque no se prueban esas secuelas pero porque además el apoderado demandante confunde la premisa en la que consiste el daño a la salud con la de daño moral, pues la afectación emocional o la congoja que supuestamente siente la paciente es una situación diferente al interés que se protege a través del daño a la salud, el cual es exterior.

Frente a los intereses: Me opongo a que se condene a la ESE CENTRO I a pagar, los valores solicitados debidamente indexados de conformidad con el Índice de Precios al Consumidor porque nuevamente, la pretensión es obtusa, no se aclara a cuál de las entidades demandadas se les debe imponer la medida de corrección monetaria, pero me opongo principalmente porque no hay una suma exigible por los demandantes actualmente que pueda servir de base para la operación revaluatoria y ello es así porque el medio de control de autos no ha culminado con sentencia en firme, pero además porque por todo lo expuesto previamente, las pretensiones declarativas y condenatorias no tienen mérito de prosperidad.

Así mismo me opongo a que se condene a la ESE CENTRO I al pago de intereses por varios motivos, primero, porque el medio de control propuesto tiene un fin declarativo, esto implica que no existen obligaciones de dar ciertas y por tanto las pretensiones condenatorias son inexigibles, ello quiere decir que el impago de estas sumas no es injustificado y la ESE CENTRO I entonces no se ha sustraído de ninguna obligación de forma justificada, de manera que no puede ser sujeta a sanciones, tales como el reconocimiento ni pago de intereses que son, tipológicamente una sanción.

Pero además no puede el apoderado demandante querer enriquecerse injustificadamente pretendiendo una revaluación de las sumas pedidas por doble partida, ya que solicita que

las sumas sean corregidas monetariamente mediante el calculo actuarial que ordena la ley procesal pero también busca que le reconozcan en favor de sus clientes intereses de mora, que si bien son tipológicamente distintos, también implican una revaluación de un capital, por ende la corrección monetaria y los intereses son incompatibles e inacumulables.

Me opongo a que se condene a la ESE CENTRO I a cumplir con la sentencia en los términos de los arts. 192 y 195 del CPACA porque las pretensiones, como se ha expuesto no tienen mérito de prosperidad sino porque a la fecha nos encontramos en un escenario litigioso, declarativo en el que nada se ha resuelto sobre las pretensiones económicas de propósito indemnizatorio y las mismas no revisten exigibilidad, de manera que la apoderada demandante aun no cuenta con una decisión judicial que le permita elaborar la cuenta de cobro correspondiente y resulta aconsejable que no se apresure de forma tan vertiginosa a escenarios futuros improbables.

Me opongo a que se condene a la ESE CENTRO I a pagar costas procesales y agencias en derecho a la entidad demandada ya que quien ha dado lugar a la judicialización irreflexiva de la controversia de marras con conciencia de orfandad probatoria de la acción y de la improsperidad de las súplicas indemnizatorias ha sido el extremo activo y no las IPS's asegurada.

III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL POR AUSENCIA DE SUS ELEMENTOS ESTRUCTURALES - NO HAY FALLA EN EL SERVICIO DE SALUD ATRIBUIBLE A LA ESE CENTRO I.**

Como quiera que el artículo 2341 del Código Civil, dice “El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido”, se desprende necesariamente que es obligatorio que la parte demandante acredite la existencia de tres elementos: 1) el hecho dañoso acaecido culpablemente (o delictualmente si es el caso), 2) el daño y 3) la relación de causalidad entre esos dos elementos.

En este sentido la Sala Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 27 de septiembre de 2002, expediente 6143, señaló:

“(...) Toda responsabilidad civil extracontractual se estructura sobre tres pilares fundamentales que, por lo general, debe demostrar el demandante: el hecho dañoso o culpa, el daño y la relación de causalidad (...)”

Igualmente, señaló la Corte Suprema que es el demandante quien debe acreditar estos tres elementos, así:

“(…) se tiene por verdad sabida que quien por sí o a través de sus agentes causa a otro un daño, originado en hecho o culpa suya, está obligado a resarcirlo, lo que equivale a decir que quien reclama a su vez indemnización por igual concepto, tendrá que demostrar en principio, el perjuicio padecido, el hecho intencional oculposo atribuible al demandado y la existencia de un nexo adecuado de causalidad entre ambos factores (…).”

En el escenario de análisis conductual que ofrece el esquema de la falla de prestación del servicio en salud, los elementos que deben soportar la declaratoria de responsabilidad extracontractual del Estado también son semejantes. No debe perderse nunca de vista que siempre, recae en la parte actora la carga probatoria de demostrar al operador judicial la culpa -en este caso el hecho o conducta constitutiva de falla en el servicio, el daño y su respectiva magnitud en aras de poderlo cuantificar y finalmente, pero no menos importante, el nexo de causalidad entre los dos primeros. Así lo entendió el Magistrado Jorge Santos Ballestros en sentencia 6878 de 26 de septiembre del 2002

“El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no sólo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responderá de los primeros cuando son ‘consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento’. Por lo demás, es el sentido del artículo 2341 ib. el que da la pauta, junto con el anterior precepto, para predicar la necesidad del nexo causal en la responsabilidad civil, cuando en la comisión de El causalismo ha sido entendido como un método filosófico-científico que intenta explicar los fenómenos a través del estudio de sus causas, de tal manera que la pretensión de reconocer en los sucesos de la vida una relación de causa-efecto se presenta como una de las búsquedas más grandes del ser humano, un ‘delito o culpa’ –es decir, de acto doloso o culposo– hace responsable a su autor, en la medida en que ha inferido ‘daño a otro’”

No hubo entonces culpa porque el hecho conductual que el apoderado demandante quiere presentar como imperito y trasgresor de lo que se conoce como la lex artis de la conducta que se reprocha, en realidad no lo fue, en primer lugar, porque no se acredita la desatención al reglamento o el protocolo porque en ese caso, si así fuese, se decretaría una obligación de indemnizar sin culpa.

Téngase en cuenta que en el asunto de marras no se trata de un procedimiento médico experimental, ni con fines estéticos ni un evento de compresomas ni oblitos quirúrgicos, por ello la carga probatoria de la culpa está en cabeza de quien demandan o acude a la jurisdicción, a continuación, reseñaré algunos pronunciamientos jurisprudenciales en

respaldo de la tesis.

La Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil se pronunció sobre las reglas de la valoración de las pruebas en la sentencia del 22 de julio de 2010 Radicado No. 20000004201 con ponencia del Magistrado Dr. Octavio Munar Cadena e indicó que la prestación de los servicios médicos necesariamente genera diversas obligaciones a los médicos, sin embargo, su responsabilidad civil se configura cuando de su actuación surge un daño mediado por la culpa probada, la cual corresponde demostrar al demandante, sin que sea admisible presunción alguna.

En la sentencia del 15 de febrero de 2014 de radicación No. 11001310303420060005201 la Sala de casación civil de la corte Suprema de justicia en ponencia de la Dra. Margarita Cabello Blanco reiteró las reglas anteriormente señaladas y concluyó que: (i) la responsabilidad médica se deriva de la culpa probada; (ii) todas las partes del proceso deben asumir el compromiso de brindar todas las pruebas atendiendo a la posibilidad real de hacerlo.

En el ramo civil, las reglas probatorias respecto a la carga de la prueba se rigen por tres normas, el artículo 1757 del Código Civil y el artículo 167 del Código General del Proceso (Ley 1564, 2012), la regla general está dada, entonces, por el Código Civil que establece: “Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o éstas” (art. 1757).

Ahora bien, el elemento del nexo causal tampoco se prueba, refulge el fracaso de la intentona por parte del vocero judicial actor por probar este elemento trascendental, (quizá el más relevante en tratándose de asuntos de la responsabilidad médica) Este elemento es el vínculo que une, por una parte, la conducta del agente causante, y por la otra, el daño – que no se torna antijurídico-. Este hilo conector entre uno y otro elemento resulta esencial en atención a que, como se ha afirmado *“en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios (...)”*

En la jurisdicción de lo contencioso administrativo no hay mucha variación al respecto, la tesis que al respecto está en boga dentro del organismo de cierre de esta jurisdicción, es aquella que indica que la prueba del acto médico defectuoso o tardío, el daño y la relación causal siguen recayendo en el actuar del apoderado que representa los intereses de los actores, en Sentencia del tres (3) de mayo de dos mil trece (2013) Radicación número: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352) con ponencia del magistrado Danilo Rojas Betancourth del Consejo de Estado:

“Al respecto, es importante recordar que desde hace ya varios años la jurisprudencia Del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica

deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquél, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria.”

Claramente el apoderado del extremo actor ha demandado a varias entidades, teniendo en cuenta que el servicio de salud prestado a la menor S.P.P. y confuta dicho acto médico por varios motivos apenas aparentes ya que de la revisión sesuda de la historia clínica se observa que no le asiste razón.

- Reprocha la aplicación de una vacuna BCG contra la Hepatitis B a la menor S.P.P sin consentimiento de sus padres pero olvida que en la nota de la historia clínica relativa a la consulta en la que se aplicó el biológico, la madre recibió educación sobre ESAVI y aun así consintió libremente la aplicación de la vacuna, además que la madre se dirigió al servicio ese día con el firme propósito de hacer vacunar a su hija menor, luego es antilógico y contraintuitivo que la madre lleve a su hija al servicio para vacunarle y luego aduzca que a su hija le aplicaron la vacuna contra su voluntad. Pero, aunque la madre de la menor S.P.P. o su padre hubieren rehusado la vacunación de la niña, la IPS y su personal podían proceder con la vacunación con prescindencia del consentimiento de los progenitores ya que es un derecho de los menores que hace parte de una batería de derechos fundamentales de estos, con consagración en el art. 29 de la Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y Adolescencia que indica que son derechos primordiales de la primera infancia (menores de 0 a 6 años), entre otros, el esquema completo de vacunación. Por lo que, incluso sin el consentimiento expreso de los padres, en virtud de los deberes de las IPS, en el marco de su agencia en el PAI -Programa Ampliado de Inmunizaciones – No es necesario exigir consentimiento informado para proceder con la vacunación por directriz de la Organización Panamericana de la Salud.
- Se reprocha en la demanda también que supuestamente la enfermera que aplicó la vacuna a la menor fue imperita en la técnica que empleó para ello, que manipuló de tal manera la extremidad inferior de la niña que le provocó supuestamente una fractura, daño muscular y neurológico periférico. No obstante, mediante un seriado de radiografías y ecografías de tejidos blandos se descartó la lesión osteomuscular y se determinó que el dolor y el edema perceptible tenía como causa una reacción adversa previamente comunicada a los padres de la menor y esperable, inherente a la forma en la que el biológico aplicado se asimila por el organismo de un menor de edad de la primera infancia. Además, el apoderado demandante pretermite deliberadamente el hecho de que, al terminar el esquema de vacunación del 23 de marzo del 2019, la enfermera que aplicó la inyección de la vacuna educó a los padres sobre las reacciones normales que podían presentarse y les indicó que, si se presentaba fiebre o pus, por normal que fuere, debían regresar con la menor a reconsultar al servicio.

Al respecto de lo anterior, en Sentencia del 1º de julio de 2004. (Sentencia Número 14696), la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera y luego en Sentencia del 16 de agosto de 2006 ha indicado: *“los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda en mayor o menor grado, inciden por sí mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquellos”*.

- **AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LAS SUPUESTAS SECUELAS INCIERTAS QUE DICE PADECER LA MENOR S.P.P. CON LA CONDUCTA INSTITUCIONAL DEL ESE CENTRO I // IMPOSIBILIDAD DE APLICAR LA TEORÍA DE EQUIVALENCIA DE CONDICIONES // CONCRECIÓN DE UNA CAUSA EXTRAÑA:**

Al respecto de la necesidad de la acreditación cierta de una relación de causalidad entre la conducta de los demandados, entre ellos la administración y el daño, no es suficiente con demostrar que el daño es antijurídico, en Sentencia del 3 de febrero de 2010, radicación No. 25000-23-26-000-1995-00956-01 (18100) Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera la consejera Ponente Ruth S. Palacio así lo estableció:

“...Valga señalar que, en materia de responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial, la decisión favorable a los intereses de la parte demandante no puede ser adoptada con la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse quien dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la anti juridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que se surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración y solo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo...”

Ninguna prueba hay en ese sentido, de que las supuestas secuelas que afectan la marcha de la señora COLLAZOS obedezca supuestamente a la falta de implementación de ningún procedimiento diagnóstico, ni terapéutico en su favor, ya que a lo largo de la historia clínica, documento que contiene en orden cronológico y presumiblemente auténtico registro de los hechos relevantes de la condición de salud y de las actuaciones de los médicos, se registra que a la señora COLLAZOS se le prodigó una atención suficiente y completa porque tuvo acompañamiento de profesionales de la salud constante. Es importante indicar que los riesgos de perforación de víscera y de infección que se consistieron.

El nexo causal como elemento de la trifecta axiológica en asuntos donde se controvierte una supuesta responsabilidad extracontractual, en este caso médica, siempre tiene que

probarse con base en medios suasorios cuya consecución e introducción al proceso resultan en una carga alternativa de la parte actora -que si deja de lado le genera consecuencias adversas- y ni siquiera en aquellos casos en los que se permite evaluar la falla (o culpa) desde un punto de vista de presunciones y objetivamente se releva al interesado de probar los otros elementos, esto es que nunca, bajo ninguna circunstancia puede afirmar un juez ni en este caso la togada actora que el nexo se puede construir con base en juicios deductivos sin pruebas de hechos fenoménicamente positivos y comprobables sensiblemente a través de la valoración de su prueba.

Es decir que para el sub examine, el hecho que causa el daño es extrínseco a la conducta subjetiva de la asegurada. Al respecto existe un pronunciamiento de la Sala de Casación Civil que por su esquematicidad vale la pena traer a colación, se trata de la Sentencia del 26 de noviembre de 1999, expediente 5220

“Así, pues, la cuestión del caso fortuito liberatorio o de fuerza mayor, al menos por norma general, no admite ser solucionada mediante una simple clasificación mecánica de acontecimientos apreciados en abstracto como si de algunos de ellos pudiera decirse que por sí mismo, debido a su naturaleza específica, siempre tienen tal condición, mientras que otros no. En cada evento es necesario estudiar las circunstancias que rodean el hecho con el fin de establecer si, frente al deber de conducta que aparece insatisfecho, reúne las características que indica el art. 1º de la Ley 95 de 1890, tarea en veces dificultosa que una arraigada tradición jurisprudencial exige abordar con severidad.

Esos rasgos por los que es preciso indagar, distintivos del caso fortuito o de fuerza mayor, se sintetizan en la imposibilidad absoluta de cumplir derivada de la presencia de un obstáculo insuperable unido a la ausencia de culpa del agente cuya responsabilidad se pretende comprometer (g.j., t. xlii, p. 54) y son, en consecuencia, los siguientes:

a) Que el hecho sea imprevisible, esto es que en condiciones normales haya sido lo suficientemente probable para que ese agente, atendido su papel específico en la actividad que origina el daño, haya podido precaverse contra él. Aunque por lo demás, respecto del acontecimiento de que se trata, haya habido, como lo hay de ordinario para la generalidad de los sucesos, alguna posibilidad vaga de realización, factor este último con base en el cual ha sostenido la jurisprudencia que “...cuando el acontecimiento es susceptible de ser humanamente previsto, por más súbito y arrollador de la voluntad que parezca, no genera el caso fortuito ni la fuerza mayor...” (g.j., tomos liv, p. 377, y clviii, p. 63).

b) Que el hecho sea irresistible en el sentido estricto de no haberse podido evitar su acaecimiento ni tampoco sus consecuencias, colocando al agente sojuzgado por el suceso así sobrevenido-, en la absoluta imposibilidad de obrar del modo

debido, habida cuenta que si lo que se produce es tan solo una dificultad más o menos acentuada para enfrentarlo, tampoco se configura el fenómeno liberatorio del que viene haciéndose mérito”

En este proceso, o mejor, en los hechos relevantes para desatar la controversia se encuentran dos situaciones extrínsecas a la conducta médica pero immanentes a la salud de la señora MARIA ENERIA COLLAZOS que determinaron la ocurrencia de la infección que presentó de forma accidental y que provocó la osteomielitis al margen de que la misma se haya controlado. El primero, el accidente de tránsito mismo, ya que la magnitud de la lesión y el mecanismo de trauma por fractura y abrasión comprometieron de forma superlativa la integridad tisular del área anatómica de la extremidad inferior izquierda y determinaron las posibilidades terapéuticas para abordar la reducción de la fractura y en segundo lugar la diabetes mellitus, que siendo una patología incurable genera proclividad a las infecciones, esto cuenta con asiento académico, *la osteomielitis es una infección frecuentemente asociada como causa de una evolución tórpida de úlceras neuropáticas en pacientes con Diabetes Mellitus. Este grupo de pacientes muestran una tendencia mayor a las infecciones de los tejidos blandos y los huesos, en comparación con los pacientes no diabéticos*¹.

- **AUSENCIA DE CERTIDUMBRE DEL DAÑO QUE RESULTA EN LA IMPOSIBILIDAD DE SER INDEMNIZABLE**

Al final el apoderado demandante ni siquiera aduce cual fue la lesión supuestamente irrogada fisiológicamente a la menor de edad, pues afirmó que hubo una fractura de la extremidad inferior en la que se puso la vacuna, pero las Rx descartaron la fractura y luego aduce que la técnica empleada por la enfermera que puso la inyección “posiblemente le dañó un musculo o un nervió” pero la ecografía de tejidos blandos también descarto ese tipo de traumas. Esto es relevante porque el daño es un elemento fundamental e imprescindible que debe estar probado de forma clara y fehaciente so pena de que el teorema de responsabilidad extracontractual que se expone se derrumbe. Ese daño además de antijurídico (que no lo es en el subexamine) debe ser especialmente cierto, pero desde su presentación utilizando el adverbio variable: “probablemente”, su certeza queda entredicho, no solo por cómo se presenta discursivamente, sino porque no hay una sola prueba a la fecha dentro del dossier que tenga por propósito demostrar nada sobre afectaciones anatómicas pasadas, presentes o como secuelas futuras en el cuerpo de la menor de edad, es decir, no hay una lesión ostensible. Si el daño no es cierto no es resarcible. La certidumbre del daño, por consiguiente, es requisito constante ineludible de toda reparación y atañe a la real, verídica, efectiva o creíble conculcación del derecho, interés o valor jurídicamente protegido, ya actual, bien potencial e inminente, mas no eventual, contingente o hipotética.

La certeza, es una circunstancia que atañe a la materialidad de la lesión, puesto que es la

¹ https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000200008#:~:text=La%20osteomielitis%20es%20una%20infecci%C3%B3n,con%20los%20pacientes%20no%20diab%C3%A9ticos.

real y efectiva conculcación del derecho, interés o valor protegido jurídicamente. No se debe confundir la incertidumbre del daño con la de su cuantía, porque si bien en el presente asunto se presentan los dos epifenómenos, la presente excepción de mérito se refiere al primero, a que no se prueba de ninguna forma que la vacuna que se aplicó a la paciente generó un perjuicio injustificado previsible o evitable y extraordinario distinta a los que la ciencia médica contempla con reacciones normales al fármaco ya que como se dijo: se descarto fractura, se descarto daño osteomuscular y se descartó lesión de tejidos blandos y la fiebre y el malestar generado se consintió cuando se autorizó que se aplicara el biológico.

- **AUSENCIA DE PRUEBA DE LA EXISTENCIA DE LOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LA PARTE ACTORA – EXCESIVIDAD EN LAS SOLICITUDES INDEMNIZATORIAS - ÁNIMO INJUSTIFICADO DE LUCRO**

En gracia de discusión y ante la remota posibilidad de una condena en contra de las demandadas, ésta excepción enerva las pretensiones en cuanto ellas se erigieron pese a la carencia de medios de prueba contundentes sobre la responsabilidad endilgada a la parte pasiva de ésta acción, y sobre la producción, naturaleza y por supuesto de la cuantía del supuesto detrimento alegado y éste no es susceptible de presunción, pues requiere de su fehaciente demostración para poder ser considerado, luego la falta de certidumbre sobre el mismo se traduce en un obstáculo insalvable para su reconocimiento.

Lo anterior se afirma en atención a que la apoderada demandante formula acciones indemnizatorias de manera dispersa y sin claridad en la forma que imputa responsabilidad y sin siquiera tener claridad, por lo menos argumental en inicio de indicar en qué momento o etapa precisa del acto médico estriba la falla que aduce, por lo que vincula como demandados a todos quienes intervinieron en el acto médico sin indicar puntualmente cual es la falla, o conducta aparentemente culpable de cada uno, así, de forma abstracta demanda a médicos personas naturales, IPS y EPS, bajo la única premisa de ser actores fundamentales del SGSSS.

Siendo consciente de que la facultad de acceder a la petición o no de condenar por los presuntos perjuicios inmateriales y a tasar los mismos es una prerrogativa exclusiva del Juez no está demás traer a colación la posición de la jurisprudencia entorno a dicho tópico puesto que las pretensiones dobles por perjuicio inmaterial en este evento resultan desbordantes frente a los lineamientos jurisprudenciales en materia de indemnización de perjuicios morales en caso de lesiones personales conforme lo dispone el Consejo de Estado, en documento aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014, referentes para la reparación de perjuicios inmateriales, Acta No. 23 del 25/sep/2013 que tuvo por fin de recopilar la línea jurisprudencial y establecer criterios unificados para la reparación de los perjuicios inmateriales, el apoderado demandante formuló pretensiones que resultan en una cifra desproporcionada ante cualquier criterio indemnizatorio que extralimitan los baremos

establecidos por el Consejo de Estado, dicho documento establece la “*Prohibición de pago doble de daño o perjuicio inmaterial. Ningún daño o perjuicio inmaterial podrá ser indemnizado doblemente*”.

Si bien dicho documento contempla varias tipologías de perjuicio inmaterial no quiere decir que al demandante le sea posible pedir doble resarcimiento con base en una misma causaa presunto perjuicio, la diversidad de perjuicios aceptados por la jurisprudencia se encaminaa facilitar la carga probatoria o labor probatoria que ella le implica al demandante, pues podrá probar que sufrió una afectación moral que le aflige emocionalmente o bien podrá probar que la base patológica de la lesión le restringe su funcionalidad, en todo caso la pretensión debe ser excluyente, no puede pretender doble indemnización por la misma patología de base, ello sería lucrar indebidamente a la presunta víctima aun en el escenariohipotético en el que a dicha parte le asista razón.

Ahora bien, en lo relacionado con el daño patrimonial, reitero que, se evidencia la carencia absoluta de medios de prueba de la producción, naturaleza y por supuesto de la cuantía del supuesto detrimento alegado, pues no obra en el expediente prueba de su existencia, como quiera que no basta únicamente con realizar formulaciones en contra de la parte pasiva, para obtener la indemnización reclamada, sino que lógicamente, se deben brindar al Juez todos los elementos de juicio que sean necesarios e indispensables para que se acceda a la causa petendi de la actora; y en ese sentido, ante la orfandad probatoria que se evidencia en el plenario, imponer una condena a favor del actor, generaría no sólo un enriquecimiento injustificado, sino un franco desmedro patrimonial en contra de los aquí demandados.

Igualmente, debe resaltarse que NO OBRA en el plenario prueba que acredite el supuesto daño inmaterial de ninguno de los demandantes especialmente en lo que atañe con la solicitud de daño moral, sin que se prueben los hechos que evidencian que el deceso del del paciente ha afectado en las esferas ocupacional, laboral, educativo, lúdico e incluso sexual de cada uno de los demandantes. En Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, en sentencia de 25 de mayo de 2010 se indicó.

“Al Juez no le basta la mera enunciación de las partes para sentenciar la controversia, porque ello sería tanto como permitirles sacar beneficio del discurso persuasivo que presentan; por ende, la ley impone a cada extremo del litigio la tarea de traer al juicio de manera oportuna y conforme a las ritualidades del caso, los elementos probatorios destinado a verificar que los hechos alegados efectivamente sucedieron, o que son del modo como se presentaron, todo con miras a que se surta la consecuencia jurídica de las normas sustanciales que se invocar”.

Al no allegarse prueba del perjuicio inmaterial solicitado, no hay lugar al reconocimiento de los mismos, pues ante la incertidumbre de su ocurrencia, no hay otro camino que declarar

la prosperidad de esta excepción, como quedó ampliamente demostrado en el pronunciamiento frente a las excepciones, argumentos a los que me remito y que solicito sean tenidos en cuenta como fundamento de este medio exceptivo.

En virtud de lo expuesto solicito al señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **LA OBLIGACIÓN DE LOS MÉDICOS SE CATALOGA COMO DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS.**

Esta excepción tiene como fundamento indicar, que la profesión liberal de la medicina esta riada de eventualidades intrínsecas y extrínsecas de la salud humana que escapan a la previsibilidad y control de los médicos que la emplean y ejercen, es por eso que dicha situación ha merecido incluso una reglamentación de naturaleza legal que se cita:

(...) Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Modificado por el art. 104, Ley 1438 de 2011. Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, 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 medios, basada en la competencia profesional (..)

La obligación del médico entonces radica en poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas para tratar, auscultar o palear la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y apego técnico exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención.

La intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas de la presanidad reportada de un paciente como ocurre en el caso.

“(...) en línea de principio, cuando el ejercicio legítimo de la profesión se trata, se presume que un médico, con prescindencia del número de diplomas y certificados que exhiba en su consultorio, es idóneo, a fuer que competente en su ramo (...)”

El tratamiento que le ha dado la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil al tópico de la identidad de la obligación que entraña el quehacer hipocrático, el sentido de la postura es similar cuando indica el Magistrado Ponente, Dr. JOSE FERNANDO RAMIREZ GOMEZ, Bogotá, D. C., en sentencia del treinta (30) de enero de dos mil uno (2001) Referencia: Expediente No. 5507

“Con relación a la responsabilidad contractual, que es la que por lo general se le puede demandar al médico en consideración al vínculo jurídico que se establece entre éste y el paciente, la Corte desde la sentencia de 5 de marzo de 1940, partiendo de la distinción entre obligaciones de medio y de resultado, estimó que por lo regular la obligación que adquiere el médico “es de medio”, aunque admitió que “Puede haber casos en que el médico asume una obligación de resultado, como la intervención quirúrgica en una operación de fines estéticos”. Todo para concluir, después de advertir que no se pueden sentar reglas absolutas porque la cuestión de hecho y de derecho varía, que en materia de responsabilidad médica contractual, sigue teniendo vigencia el principio de la carga de la demostración de “la culpa del médico...”, agregando como condición “la gravedad”, que a decir verdad es una graduación que hoy en día no puede aceptarse, porque aun teniendo en cuenta los aspectos tecnológicos y científicos del acto profesional médico, la conducta sigue siendo enmarcable dentro de los límites de la culpa común, pero, sin duda alguna, sin perder de vista la profesionalidad, porque como bien lo dice la doctrina, “el médico responderá cuando cometa un error científico objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase”. Igualmente, en sentencia de 3 de noviembre de 1977, la Corte consideró que por lo regular las obligaciones que para los médicos surgen, son de medio, de ahí que éstos no se obliguen, según se dijo “a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones”. Posteriormente, concretamente en sentencia de 12 de septiembre de 1985, ya referenciada, la Corporación luego de ubicar el tema en la responsabilidad contractual y anotar que el contenido de las obligaciones que en virtud del contrato asumen los médicos y los establecimientos hospitalarios, “variará según la naturaleza de la afección que padezca el enfermo y la especialización misma de los servicios que preste la entidad”, sostuvo que “Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso sino exactamente de curar al enfermo, si al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, según expresiones con que la jurisprudencia francesa describe su comportamiento. Por tanto, el médico sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de

reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”.

Al respecto de la catalogación de la obligación que le asiste a los médicos o de aquellas que se desprenden de la prestación del servicio de salud, la doctrina nacional mediante un artículo de la Revista Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado Número 20 Octubre de 2006, Artículo Obligación de Medio y Obligación de Resultado ha disertado con acierto al respecto, para explicar porque debe prevalecer el régimen de responsabilidad de la culpa / falla probada:

“La asistencia médica se tipifica por la realización de un conjunto de acciones y procedimientos propios de la disciplina científica que la soporta y los comportamientos y actos personales e institucionales. Esta asistencia debe desenvolverse de manera oportuna y adecuada contando con instrumentos, equipos y personal competente que se corresponda a nivel de complejidad con el grado de atención requerido.

Si el objeto en sí de la asistencia médica consiste en implementar la conducta indicada para promover la salud, prevenir la enfermedad, intentar curar y rehabilitar al paciente, en correspondencia con esto nace una obligación de dar o hacer, o no hacer, siendo una OBLIGACION DE RESULTADO, garantizando no solo una conducta específica, sino también aquello que se pueda esperar, como por ejemplo las lecturas o las prácticas de ciertos exámenes de diagnóstico, un examen sanguíneo, en las que el resultado es objetivo, o en las situaciones que, por simple liberalidad de la parte deudora, se garantiza un resultado.

Si el objeto en sí de la asistencia médica es la creación de una obligación, consistente en implementar la conducta indicada para promover la salud, prevenir la enfermedad, intentar curar u rehabilitar al paciente, dicha conducta consiste en la realización del acto de asistencia acorde con la Lex Artis, lo que significa que el asistente se obliga a colocar unos medios y procedimientos en correspondencia al grado de complejidad de la atención brindada, acorde con los estándares típicos. Estamos, así, ante una OBLIGACIÓN DE MEDIO.

Ahora bien, podríamos deducir, por simple lógica, que si se realizan todos los actos circunscritos al cumplimiento de la conducta médica e institucional, estos serían los actos de la atención o la prestación del servicio en salud – en forma típica – el resultado no se podría garantizar dado a que depende de las condiciones inherentes a la respuesta del cuerpo humano, a las situaciones de salud y enfermedad del paciente acreedor, a la circunstancias aleatorias, que conllevan a limitar la expectativa del acreedor, reduciendo al alcance de la obligación del deudor, convirtiéndola tan solo es una obligación de medio.

EN LAS OBLIGACIONES DE MEDIO la sola falta del resultado deseado no basta para determinar responsabilidad en el deudor o deudora, pues, se requiere, además, una conducta culpable del el/la prestador/a del servicio en la generación del daño: estamos ante una responsabilidad subjetiva”

- **NO HUBO FALTA NI DEFICIENCIA EN LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha y Hora de Registro: 20/03/2019 10:27:31 a.m.

Nota:

20/3/2019 Ingres a recién nacido de 22 días producto de parto domiciliario, traído por su madre quien refiere que asiste para la aplicación de las vacunas de recién nacido, niegan que el menor haya presentado convulsiones o fiebre alta, no alergias, niño que se observa sano. Ya fue valorado por medicina general

Se aplica dosis de recién nacido según protocolo vigente y previa asepsia y antisepsia de sitio de aplicación con algodón y agua estéril. Así:

BCG en región supra escapular izquierda vía intradérmica 0.05 ml jeringa 26. Se deja pápula visible.

Hepatitis B en región vasto externo tercio medio cara antero lateral del muslo izquierdo vía intramuscular, 0.5 ml jeringa 23

Se educa a los padres en reconocimiento de signos de ESAVI grave en sitio de aplicación de hepatitis B por los cuales deben consultar tales como: fiebre alta, convulsiones, calor local acompañado de induración y salida de líquido purulento en el sitio de aplicación en los próximos 3 días. Se educa en reacción normal de aplicación de BCG como formación de un nódulo que se convertirá en úlcera con salida de material escaso que dejará una cicatriz, se indica asistir en caso de que úlcera se agrande o aumente la salida de líquido purulento más fiebre. Padres entienden la información suministrada. Se registran los datos de aplicación en el carnet de vacunas, registro diario y paiweb. Se entrega carnet diligenciado a la madre con fecha de próxima cita y folleto educativo. Se explica la importancia de las vacunas y de asistir puntual a las citas.

Lote: BCG: 037G7109

Lote: HB: 037Q7021CE

Auxiliar vacunadora constanza portilla

Constanza Portilla

YOHANNA CONSTANZA PORTILLA ORDOÑEZ
Registro.-

La anterior imagen de la nota del registro de la historia clínica deja llegar a 3 conclusiones:

1. La madre acudió al servicio con el firme propósito de hacer vacunar a su hija. (CONSENTIMIENTO INFORMADO TÁCITO)
2. Se dio educación a los padres sobre los signos de ESAVI y sobre lo que se entiende como reacción normal de aplicación de BCG. (INFORMACIÓN COMPENSIBLE).
3. No hay anotación en la que se indique que en algún momento de esa consulta médica la madre de S.P.P. revocara su consentimiento y menos que de entrada rehusare la aplicación del biológico. (DERECHO DE REVOCAR NO EJERCIDO)

Pero además, aunque la madre de la menor S.P.P. o su padre hubieren rehusado la vacunación de la niña, la IPS y su personal podían proceder con la vacunación con prescindencia del consentimiento de los progenitores ya que es un derecho de los menores que hace parte de una batería de derechos fundamentales de estos, con consagración en

el art. 29 de la Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y Adolescencia que indica que son derechos primordiales de la primera infancia (menores de 0 a 6 años), entre otros, el esquema completo de vacunación. Por lo que, incluso sin el consentimiento expreso de los padres, en virtud de los deberes de las IPS, en el marco de su agencia en el PAI -Programa Ampliado de Inmunizaciones – No es necesario exigir consentimiento informado para proceder con la vacunación por directriz de la Organización Panamericana de la Salud.

Sobre el punto del consentimiento informado y la controversia que sobre ello quiere generar el apoderado demandante habrá que decir que hay prueba del mismo, la historia clínica y la nota firmada por la Enfermera CONSTANZA PORTILLA en la que se dice que la madre fue al servicio para vacunar a su hija menor y que ella, como experta en asuntos de vacunación explicó todo sobre ESAVI y educó a los acudientes de la paciente sobre las reacciones normales e instrucciones de signos de alarma y criterios de reconsulta.

El consentimiento informado se puede dar de forma verbal o tácita, y que en esos casos, la voluntad del paciente puede inferirse del comportamiento que asumió frente a las prescripciones del médico tratante, argumentando que la voluntad del paciente de someterse a los procedimientos que su médico tratante juzga convenientes para restablecer o mejorar su estado de salud no tiene que constar por escrito, por el contrario, el consentimiento puede ser verbal, e incluso tácito, cuando el paciente acepta las prescripciones del médico después de que este le informa las ventajas y los riesgos del tratamiento.

En Sentencia del 23 de abril de 2008. Radicado 63 001-23-31-000-1997-04547-01 (15737) con ponencia de Ruth Stella Correa del Consejo de Estado se dice que, aunque éste no conste por escrito, ello no obstaba para que este tuviera plena eficacia jurídica cuando ella aparece de manera tácita, y agrega la sentencia:

“...en tanto ella evidencia no sólo el pleno conocimiento de los eventuales riesgos a los que se sometía, sino que también se trata de una voluntad libre, como quiera que, de acuerdo con las pruebas evaluadas, la misma no adolece de vicios”.

• **GENERICA O INNOMINADA Y OTRAS**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de mi procurada y que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, en aras de la defensa de mi procurada, **especialmente la de la existencia de la causal de exclusión del contrato de seguro.**

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

➤ **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS POR LA ESE CENTRO I**

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al PRIMERO: Es parcialmente cierto que entre ESE CENTRO I y LAPREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS existe un contrato de seguro suscrito y que en virtud de ello se expidió la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 que aporta el apoderado de la ESE CENTRO I pero la Póliza en cita en este caso bajo estudio no ofrece cobertura. Es importante aclarar que esta Póliza tiene una modalidad claims made, y que por ello lo que resulta relevante para saber si la misma ofrece o no cobertura, es si la primera reclamación de los interesados a la IPS asegurada ocurrió en el término de la vigencia pero ello no es así ya que en este caso la reclamación extrajudicial ocurre el 20 de mayo del 2020 en la audiencia de conciliación prejudicial sesionada en la Procuraduría Delegada para Asuntos Administrativos que fracasó y claramente se observa que aconteció por fuera de la vigencia pactada que iba desde el 28 de enero de 2019 hasta el 27 de enero de 2020, es decir que la primera reclamación ocurre entre el término de la vigencia de la renovación del certificado 3 de la Póliza No.1004108 del 27 de enero del 2020 al 27 de enero del 2021.

En este caso la Póliza no ofrece cobertura ni puede resultar afectada en busca de indemnidad patrimonial por parte de a ESE CENTRO I , ya que de la revisión de los hechos y las pruebas de la demanda se encuentra que en las atenciones prodigadas a dicha paciente por el personal de la ESE no se prueba que estos hubieren obrado de forma deficiente, ni negligente y por ello no es posible predicar la concreción de una falla, ni falta en la prestación del servicio de salud solamente por el haberse promovido una demanda con dicho propósito, ya que la tesis de atribución de responsabilidad que se desarrolla en la demanda está fundada en predicamentos especulativos que no se corresponden con lo que se registró ex ante en los anales de la historia clínica que detallan cronológica y fielmente los pormenores del acto médico que tuvo lugar entre 20 de marzo del 2019 al 16 de abril del 2019, por ello entonces no se materializa fenoménicamente el riesgo asegurado y a la luz de los arts. 172 y 1077 del Código de Comercio no hay un siniestro y la obligación indemnizatoria condicional de la Aseguradora permanece inexigible.

Se aclara que el contrato no es un acto jurídico, es un negocio jurídico ya que en su consolidación convergen varias voluntades, la del tomador y la aseguradora, no es unilateral, pero como se indicó, si bien del contrato de seguro dimanar obligaciones correlativas y bilaterales (actuar con buena fe, comunicar agravación del estado del riesgo, pagar la prima, conservar el estado del riesgo, etc.) la obligación de pago, tal y como se explicó, permanece inexigible.

Frente al SEGUNDO: Es parcialmente cierto y se aclara. Es cierto que en las condiciones particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 se ampara “(...) la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones

médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza", pero no por ello LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS tiene obligaciones de pago en virtud del seguro en favor de la ESE CENTRO I, ya que si bien existe un contrato de seguro suscrito y que en virtud de ello se expidió la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 que aporta el apoderado de la ESE CENTRO I pero la Póliza en cita en este caso bajo estudio no ofrece cobertura.

Es importante aclarar que esta Póliza tiene una modalidad claims made, y que por ello lo que resulta relevante para saber si la misma ofrece o no cobertura, es si la primera reclamación de los interesados a la IPS asegurada ocurrió en el término de la vigencia pero ello no es así ya que en este caso la reclamación extrajudicial ocurre el 20 de mayo del 2020 en la audiencia de conciliación prejudicial sesionada en la Procuraduría Delegada para Asuntos Administrativos que fracasó y claramente se observa que aconteció por fuera de la vigencia pactada que iba desde el 28 de enero de 2019 hasta el 27 de enero de 2020, es decir que la primera reclamación ocurre entre el término de la vigencia de la renovación del certificado 3 de la Póliza No.1004108 del 27 de enero del 2020 al 27 de enero del 2021.

En este caso la Póliza no ofrece cobertura ni puede resultar afectada en busca de indemnidad patrimonial por parte de a ESE CENTRO I , ya que de la revisión de los hechos y las pruebas de la demanda se encuentra que en las atenciones prodigadas a dicha paciente por el personal de la ESE no se prueba que estos hubieren obrado de forma deficiente, ni negligente y por ello no es posible predicar la concreción de una falla, ni falta en la prestación del servicio de salud solamente por el haberse promovido una demanda con dicho propósito, ya que la tesis de atribución de responsabilidad que se desarrolla en la demanda está fundada en predicamentos especulativos que no se corresponden con lo que se registró ex ante en los anales de la historia clínica que detallan cronológica y fielmente los pormenores del acto médico que tuvo lugar entre 20 de marzo del 2019 al 16 de abril del 2019, por ello entonces no se materializa fenoménicamente el riesgo asegurado y a la luz de los arts. 172 y 1077 del Código de Comercio no hay un siniestro y la obligación indemnizatoria condicional de la Aseguradora permanece inexigible.

Frente al TERCERO: Es cierto, pero debe aclararse. Es verdad que este Despacho admitió la demanda interpuesta por la señora ASLI IVETH PECHENE y otros en contra de la ESE CENTRO I en ejercicio de acción de reparación directa, cuyas pretensiones, dígame de paso, no tienen vocación de prosperidad, como también es cierto que el simple hecho de la existencia del contrato de seguro instrumentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 le da desde el punto de vista puramente procesal al apoderado de ESE CENTRO I el derecho a solicitar la vinculación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, ello no quiere decir que automáticamente la IPS asegurada tenga derechos económicos fruto del amparo que contrató porque repito: si bien existe un contrato de seguro suscrito y

que en virtud de ello se expidió la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 que aporta el apoderado de la ESE CENTRO I pero la Póliza en cita en este caso bajo estudio no ofrece cobertura.

Es importante aclarar que esta Póliza tiene una modalidad claims made, y que por ello lo que resulta relevante para saber si la misma ofrece o no cobertura, es si la primera reclamación de los interesados a la IPS asegurada ocurrió en el término de la vigencia pero ello no es así ya que en este caso la reclamación extrajudicial ocurre el 20 de mayo del 2020 en la audiencia de conciliación prejudicial sesionada en la Procuraduría Delegada para Asuntos Administrativos que fracasó y claramente se observa que aconteció por fuera de la vigencia pactada que iba desde el 28 de enero de 2019 hasta el 27 de enero de 2020, es decir que la primera reclamación ocurre entre el término de la vigencia de la renovación del certificado 3 de la Póliza No.1004108 del 27 de enero del 2020 al 27 de enero del 2021.

En este caso la Póliza no ofrece cobertura ni puede resultar afectada en busca de indemnidad patrimonial por parte de a ESE CENTRO I , ya que de la revisión de los hechos y las pruebas de la demanda se encuentra que en las atenciones prodigadas a dicha paciente por el personal de la ESE no se prueba que estos hubieren obrado de forma deficiente, ni negligente y por ello no es posible predicar la concreción de una falla, ni falta en la prestación del servicio de salud solamente por el haberse promovido una demanda con dicho propósito, ya que la tesis de atribución de responsabilidad que se desarrolla en la demanda está fundada en predicamentos especulativos que no se corresponden con lo que se registró ex ante en los anales de la historia clínica que detallan cronológica y fielmente los pormenores del acto médico que tuvo lugar entre 20 de marzo del 2019 al 16 de abril del 2019, por ello entonces no se materializa fenoménicamente el riesgo asegurado y a la luz de los arts. 172 y 1077 del Código de Comercio no hay un siniestro y la obligación indemnizatoria condicional de la Aseguradora permanece inexigible.

Frente al CUARTO: Leída la sintaxis del enunciado se observa que no desarrolla una premisa fáctica, el apoderado de la ESE CENTRO I parafrasea jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil -sin citarla- para explicar en términos muy generales, cual es el propósito del llamamiento en garantía y alude los arts. 64 del CGP y 225 del CPACA que reglamentan la figura del llamamiento en garantía en el ordenamiento jurídico procesal aplicable. Pero se aclara una vez más que si bien existe un contrato de seguro suscrito y que en virtud de ello se expidió la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 que aporta el apoderado de la ESE CENTRO I pero la Póliza en cita en este caso bajo estudio no ofrece la cobertura ni la indemnidad patrimonial que la ESE CENTRO I pretende.

Es importante aclarar que esta Póliza tiene una modalidad claims made, y que por ello lo que resulta relevante para saber si la misma ofrece o no cobertura, es si la primera reclamación de los interesados a la IPS asegurada ocurrió en el término de la vigencia pero ello no es así ya que en este caso la reclamación extrajudicial ocurre el 20 de mayo del 2020 en la audiencia de conciliación prejudicial sesionada en la Procuraduría Delegada

para Asuntos Administrativos que fracasó y claramente se observa que aconteció por fuera de la vigencia pactada que iba desde el 28 de enero de 2019 hasta el 27 de enero de 2020, es decir que la primera reclamación ocurre entre el término de la vigencia de la renovación del certificado 3 de la Póliza No.1004108 del 27 de enero del 2020 al 27 de enero del 2021.

En este caso la Póliza no ofrece cobertura ni puede resultar afectada en busca de indemnidad patrimonial por parte de a ESE CENTRO I, ya que de la revisión de los hechos y las pruebas de la demanda se encuentra que en las atenciones prodigadas a dicha paciente por el personal de la ESE no se prueba que estos hubieren obrado de forma deficiente, ni negligente y por ello no es posible predicar la concreción de una falla, ni falta en la prestación del servicio de salud solamente por el haberse promovido una demanda con dicho propósito, ya que la tesis de atribución de responsabilidad que se desarrolla en la demanda está fundada en predicamentos especulativos que no se corresponden con lo que se registró ex ante en los anales de la historia clínica que detallan cronológica y fielmente los pormenores del acto médico que tuvo lugar entre 20 de marzo del 2019 al 16 de abril del 2019, por ello entonces no se materializa fenoménicamente el riesgo asegurado y a la luz de los arts. 172 y 1077 del Código de Comercio no hay un siniestro y la obligación indemnizatoria condicional de la Aseguradora permanece inexigible.

Frente al QUINTO: Niego el hecho porque no es cierto que, en el hipotético, remoto e improbable caso de ser la ESE CENTRO I tenga un derecho de garantía frente a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS porque que si bien existe un contrato de seguro suscrito y que en virtud de ello se expidió la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 que aporta el apoderado de la ESE CENTRO I pero la Póliza en cita en este caso bajo estudio no ofrece la cobertura ni la indemnidad patrimonial que la ESE CENTRO I pretende.

Es importante aclarar que esta Póliza tiene una modalidad claims made, y que por ello lo que resulta relevante para saber si la misma ofrece o no cobertura, es si la primera reclamación de los interesados a la IPS asegurada ocurrió en el término de la vigencia pero ello no es así ya que en este caso la reclamación extrajudicial ocurre el 20 de mayo del 2020 en la audiencia de conciliación prejudicial sesionada en la Procuraduría Delegada para Asuntos Administrativos que fracasó y claramente se observa que aconteció por fuera de la vigencia pactada que iba desde el 28 de enero de 2019 hasta el 27 de enero de 2020, es decir que la primera reclamación ocurre entre el término de la vigencia de la renovación del certificado 3 de la Póliza No.1004108 del 27 de enero del 2020 al 27 de enero del 2021.

Frente al SEXTO: Es parcialmente cierto que entre ESE CENTRO I y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS existe un contrato de seguro suscrito y que en virtud de ello se expidió la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 que aporta el apoderado de la ESE CENTRO I. Es importante aclarar que esta Póliza tiene una modalidad claims made, y que por ello lo que resulta relevante para saber si la misma ofrece o no cobertura, es si la primera reclamación de los interesados a la IPS asegurada ocurrió en el término de la vigencia pero ello no es así ya que en este caso la reclamación extrajudicial ocurre el 20 de mayo del

2020 en la audiencia de conciliación prejudicial sesionada en la Procuraduría Delegada para Asuntos Administrativos que fracasó y claramente se observa que aconteció por fuera de la vigencia pactada que iba desde el 28 de enero de 2019 hasta el 27 de enero de 2020, es decir que la primera reclamación ocurre entre el término de la vigencia de la renovación del certificado 3 de la Póliza No.1004108 del 27 de enero del 2020 al 27 de enero del 2021.

En este caso la Póliza no ofrece cobertura ni puede resultar afectada en busca de indemnidad patrimonial por parte de a ESE CENTRO I , ya que de la revisión de los hechos y las pruebas de la demanda se encuentra que en las atenciones prodigadas a dicha paciente por el personal de la ESE no se prueba que estos hubieren obrado de forma deficiente, ni negligente y por ello no es posible predicar la concreción de una falla, ni falta en la prestación del servicio de salud solamente por el haberse promovido una demanda con dicho propósito, ya que la tesis de atribución de responsabilidad que se desarrolla en la demanda está fundada en predicamentos especulativos que no se corresponden con lo que se registró ex ante en los anales de la historia clínica que detallan cronológica y fielmente los pormenores del acto médico que tuvo lugar entre 20 de marzo del 2019 al 16 de abril del 2019, por ello entonces no se materializa fenoménicamente el riesgo asegurado y a la luz de los arts. 172 y 1077 del Código de Comercio no hay un siniestro y la obligación indemnizatoria condicional de la Aseguradora permanece inexigible.

Se aclara que el contrato no es un acto jurídico, es un negocio jurídico ya que en su consolidación convergen varias voluntades, la del tomador y la aseguradora, no es unilateral, pero como se indicó, si bien del contrato de seguro dimanar obligaciones correlativas y bilaterales (actuar con buena fe, comunicar agravación del estado del riesgo, pagar la prima, conservar el estado del riesgo, etc.) la obligación de pago, tal y como se explicó, permanece inexigible.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS POR EL ESE CENTRO I.

En el escrito a través del cual se desarrolló la solicitud con base en los arts. 225 del CPACA y 64 del CGP no se observa que se haya redactado una pretensión propiamente dicha, sin embargo vale la pena indicar que no me opongo a que se vincule como llamada en garantía a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS al trámite porque en efecto y solo desde el punto de vista procesal, el art. 64 del CGP le da ese derecho de acción a la ESE CENTRO I, además la vinculación de mi prohijada al trámite le garantiza el debido proceso en la medida que le permite contestar la demanda, presentar y controvertir pruebas, coadyuvar la defensa de ESE CENTRO I, y obtener tutela judicial efectiva por parte de la jurisdicción.

A lo que si me opongo es a que se condene a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS a indemnizar los daños y perjuicios supuestamente ocasionados a los demandantes dentro de los parámetros establecidos en la Póliza de Responsabilidad Civil

No. 1004108 porque en el caso puntual, del acto médico confutado y de las atenciones y servicios prodigados a la paciente menor S.P.P. no se deriva ninguna situación probada que pueda entenderse comouna falla en la prestación del servicio de salud a dicho paciente y por esa razón no se pruebacon base en lo que impone el régimen de carga probatoria del art. 1077 del Código de Comercio un siniestro, comprendido como aquel hecho futuro e incierto previsto como acontecimiento que de darse, detona la obligación condicional de la compañía aseguradora.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR EL ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN

1. NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO Y, POR CONSIGUIENTE, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Sin perjuicio de la excepción previamente propuesta y sin que la presente constituya reconocimiento alguno de responsabilidad por parte de mi representada, se formula esta excepción, en el sentido de que vale la pena referenciar que la Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito *sine qua non* la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato.

*Una de las características de este tipo de seguro es "la materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa"*¹

En las condiciones generales del contrato de seguro documentada en la Póliza de Responsabilidad Civil No.1003070 y la Póliza de Responsabilidad Civil No.1003576, suscrito entre la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN y mi representada, se estableció lo siguiente:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

1. INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.
2. CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U

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

3. ASÍ MISMO, PREVISORA SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.
4. ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
5. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN LA SENTENCIA C-355 DEL 10 DE MAYO DE 2006 Y/O DEMÁS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN O DEROGUEN.
6. ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CON HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS, EXCEPTO EN LOS CASOS EN QUE NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.

Ahora bien, como ya se ha argumentado de manera reiterada y suficiente, las pretensiones contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad; especialmente porque no existe ningún tipo de obligación en cabeza de la demandada, ya que en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea adjudicada y/o atribuible.

Desde dicha perspectiva, resulta evidente que no es posible que exista condena en contra del ESE CENTRO I y consecuentemente, no obra razón alguna para que se afecte el contrato de seguro suscrito entre ésta y mi prohijada, pues al no presentarse la realización del riesgo asegurado, no da lugar si quiera a establecer si asiste o no obligación indemnizatoria a cargo de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS. Como se verifica en el anterior extracto, la responsabilidad civil institucional es uno de los amparos cubiertos por la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108, empero, las obligaciones contractuales que se deriven de la misma están fielmente circunscritas a lo convenido en el documento referenciado, es decir que, las reclamaciones que eventualmente pueden exigirse a mi representada están limitadas a que, a través de las pruebas legamente permitidas, se compruebe fehacientemente el acaecimiento del riesgo asegurado, si quien formula la acción no se ocupa de acreditar cada uno de los hechos que fundan la trífectoria axiológica sobre la que reposa la declaratoria de responsabilidad, en este caso extracontractual por una supuesta falla en la prestación del servicio de salud, la consecuencia ante tal omisión es la negación de la pretensión.

En ese sentido, se tiene que las cargas procesales son un imperativo que emana de las normas procesales de Derecho público y con ocasión del proceso, solo para las partes y algunos terceros. Son del propio interés de quien las soporta, razón por la cual *“no existe una sanción coactiva que conmine al individuo a cumplir, sino que se producirá, para el sujeto, como consecuencia de su incumplimiento, una desventaja para el mismo (y no para el otro sujeto)” (...)* el sujeto procesal que soporta la carga, está en el campo de la libertad para cumplir o no con ella, de modo que si no lo hace no está constreñido para que se allane a cumplirla, por lo cual el no asumirla no dará lugar propiamente a una sanción sino a las consecuencias jurídicas propias de su inactividad, que pueden repercutir también desfavorablemente sobre los derechos sustanciales que en el proceso se ventilan.” (Véscovi, 1984, p. 245)

La Corte Constitucional en Sentencias C-1512 de 2000, C-1104 de 2001, C-662 de 2004, C-275 de 2006, C-227 de 2009 y C-279 de 2013, entre otras ha recogido y ha hecho propios discernimientos en torno a la consecuencia desfavorable que aparece para la parte que esta interesada en acreditar determinada situación, abandonar dicha carga que al respecto a ha traído la Corte Suprema de Justicia y que explican el anterior raciocinio con claridad meridiana. En Sala de Casación Civil, con providencia del Dr. Horacio Montoya Gil en auto del 17 de septiembre de 1985 se integró que:

*“(…) Finalmente, **las cargas procesales son aquellas situaciones instituidas por la ley que comportan o demandan una conducta de realización facultativa, normalmente establecida en interés del propio sujeto y cuya omisión trae aparejadas para él consecuencias desfavorables**, como la preclusión de una oportunidad o un derecho procesal e **inclusive hasta la pérdida del derecho sustancial debatido en el proceso.***

*Como se ve, las cargas procesales se caracterizan porque el sujeto a quien se las impone la ley conserva la facultad de cumplirlas o no, sin que el Juez o persona alguna pueda compelerlo coercitivamente a ello, todo lo contrario de lo que sucede con las obligaciones; de no, **tal omisión le puede acarrear consecuencias desfavorables. Así, por ejemplo, probar los supuestos de hecho para no recibir una sentencia adversa**”.* (Resaltado y subrayas propias)

En ese sentido, se tiene que las cargas procesales son un imperativo que emana de las normas procesales de Derecho público y con ocasión del proceso, solo para las partes y algunos terceros. Son del propio interés de quien las soporta, razón por la cual *“no existe una sanción coactiva que conmine al individuo a cumplir, sino que se producirá, para el sujeto, como consecuencia de su incumplimiento, una desventaja para el mismo (y no para el otro sujeto)” (...)* el sujeto procesal que soporta la carga, está en el campo de la libertad para cumplir o no con ella, de modo que si no lo hace no está constreñido para que se allane a cumplirla, por lo cual el no asumirla no dará lugar propiamente a una sanción sino a las consecuencias jurídicas propias de su inactividad, que pueden repercutir también desfavorablemente sobre los derechos sustanciales que en el proceso se ventilan.”

(Véscovi, 1984, p. 245)

En ese sentido, se tiene que las cargas procesales son un imperativo que emana de las normas procesales de Derecho público y con ocasión del proceso, solo para las partes y algunos terceros. Son del propio interés de quien las soporta, razón por la cual *“no existe una sanción coactiva que conmine al individuo a cumplir, sino que se producirá, para el sujeto, como consecuencia de su incumplimiento, una desventaja para el mismo (y no para el otro sujeto)” (...)* el sujeto procesal que soporta la carga, *está en el campo de la libertad para cumplir o no con ella, de modo que si no lo hace no está constreñido para que se allane a cumplirla, por lo cual el no asumirla no dará lugar propiamente a una sanción sino a las consecuencias jurídicas propias de su inactividad, que pueden repercutir también desfavorablemente sobre los derechos sustanciales que en el proceso se ventilan.”* (Véscovi, 1984, p. 245)

La Corte Constitucional en Sentencias C-1512 de 2000, C-1104 de 2001, C-662 de 2004, C-275 de 2006, C-227 de 2009 y C-279 de 2013, entre otras ha recogido y ha hecho propios discernimientos en torno a la consecuencia desfavorable que apareja para la parte que esta interesada en acreditar determinada situación, abandonar dicha carga que al respecto a ha traído la Corte Suprema de Justicia y que explican el anterior raciocinio con claridad meridiana. En Sala de Casación Civil, con providencia del Dr. Horacio Montoya Gil en auto del 17 de septiembre de 1985 se integró que:

*“(…) Finalmente, **las cargas procesales son aquellas situaciones instituidas por la ley que comportan o demandan una conducta de realización facultativa, normalmente establecida en interés del propio sujeto y cuya omisión trae aparejadas para él consecuencias desfavorables**, como la preclusión de una oportunidad o un derecho procesal e **inclusive hasta la pérdida del derecho sustancial debatido en el proceso**.*

*Como se ve, las cargas procesales se caracterizan porque el sujeto a quien se las impone la ley conserva la facultad de cumplirlas o no, sin que el Juez o persona alguna pueda compelerlo coercitivamente a ello, todo lo contrario de lo que sucede con las obligaciones; de no, **tal omisión le puede acarrear consecuencias desfavorables. Así, por ejemplo, probar los supuestos de hecho para no recibir una sentencia adversa**”.* (Resaltado y subrayas propias)

De acuerdo con lo anterior, es menester indicar que, confrontando las pruebas recaudadas hasta el momento, es notorio que en el caso sub examine, la responsabilidad civil extracontractual del asegurado no se acreditó. Para la atribución de responsabilidad civil extracontractual, es indispensable la concurrencia de unos elementos sine qua non, estos son, un hecho dañoso, un daño y un nexo causal entre el daño y el hecho; debe acreditarse irrefutablemente el vínculo que une el hecho al daño acaecido, como quiera que, cuando este no está debidamente demostrado, se convierte en una circunstancia que obstaculiza la atribución de responsabilidad. Así pues, del análisis del acervo probatorio que milita en

el expediente, se advierte que no existe prueba que acredite la existencia de un nexo causal como presupuesto para la configuración de la responsabilidad extracontractual, por el contrario, sí se tienen elementos que permiten advertir la fractura o carencia del mentado requisito.

En pocas palabras, si se da una remota sentencia en contra de los intereses de los demandados, mi representado no estará obligada al pago por suma alguna que no tenga cobertura. Así las cosas, de conformidad con lo establecido en la normatividad mercantil para poder que exista obligación alguna de indemnizar en cabeza del asegurador se hace indispensable se concurren los siguientes elementos: la realización de un riesgo asegurado, frente al cual se encuentre debidamente acreditado su ocurrencia y cuantía y que además el asunto no se enmarque dentro de ninguna de las exclusiones contenidas en la póliza.

En consecuencia, solicito respetuosamente, tener como probada esta excepción, por cuanto no se acreditó de manera fehaciente la realización del riesgo asegurado la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 y por ende hay inexistencia de obligación indemnizatoria de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Así entonces, se concluye que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil que pretende endilgársele a la ESE CENTRO I estamos ante la no realización del riesgo asegurado amparado por la póliza que sirvió como sustento de la vinculación de mi representada y en tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

Solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004108 OPERA BAJO LA MODALIDAD DE COBERTURA CLAIMS MADE**

Como se ha repetido en este escrito al contestar los hechos del llamamiento en garantía que formuló la ESE CENTRO I, en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 mediante la cual se aseguró la responsabilidad civil extracontractual -mediante el amparo de responsabilidad civil institucional- derivada de la conducta médica del ESE CENTRO I en el desarrollo de la conducta médica desplegada por los galenos adscritos laboral o contractualmente, tienen todas una cobertura bajo modalidad *Claims Made*, lo anterior quiere decir que se cubren los eventuales e hipotéticos siniestros que hayan sido reclamados al asegurado en vigencia de la Póliza y siempre que los hechos que lo fundan acaezcan durante el periodo de retroactividad.

Las cláusulas *claims made* son de limitación temporal, pues con ellas se condiciona el pago de la indemnización a que la reclamación por los interesados al asegurado o al asegurador, se produzca dentro de la vigencia de la póliza o durante un lapso limitado anterior la vigencia pactada, el cual cubre en ocasiones un periodo anterior a contrato, independientemente de que el hecho de que las origina haya ocurrido dentro de la vigencia del contrato de seguro

o antes de su formalización².

En similar sentido la Sala de Casación Civil en Sentencia SC130 2018 en proceso con radicación No. 001—31—03—031—2002—01133—01 con ponencia del magistrado de Aroldo Wilson Quiroz indicó que:

De ahí que a mas 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 del Co.) 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 la vigencia de la póliza que se hubiese acordado (...)"

El Consejo de Estado por su parte en sentencia de la magistrada Stella Jeannette Carvajal³ indica que el origen de las cláusulas de modalidad de cobertura Claims Made tiene una justificación en el equilibrio para las partes del contrato, no solo para las aseguradoras, sino también para los consumidores financieros al indicar que: *En torno a las cláusulas "Claims Made", la Sala de Casación Laboral de Corte Suprema de Justicia ha establecido que las mismas fueron admitidas en el ordenamiento jurídico en aras de lograr un equilibrio entre las necesidades de cobertura para los asegurados y una prima competitiva a través de los bajos costos para los tomadores, permitiendo pactar en el contrato de seguro, que la aseguradora únicamente pague la respectiva indemnización en los eventos en los que la reclamación es realizada durante la vigencia de la póliza.*"

Es importante aclarar que esta Póliza tiene una modalidad *claims made*, y que por ello lo que resulta relevante para saber si la misma ofrece o no cobertura, es si la primera reclamación de los interesados a la IPS asegurada ocurrió en el término de la vigencia pero ello no es así ya que en este caso la reclamación extrajudicial ocurre el 20 de mayo del 2020 en la audiencia de conciliación prejudicial sesionada en la Procuraduría Delegada para Asuntos Administrativos que fracasó y claramente se observa que aconteció por fuera de la vigencia pactada que iba desde el 28 de enero de 2019 hasta el 27 de enero de 2020, es decir que la primera reclamación ocurre entre el término de la vigencia de la renovación del certificado 3 de la Póliza No.1004108 del 27 de enero del 2020 al 27 de enero del 2021.

- **LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004108, QUE ENMARCA LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES.**

En gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que en el remoto evento de que prosperaran una o algunas de las pretensiones del libelo, se destaca que en La Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108 mediante la cual se aseguró la responsabilidad civil extracontractual -mediante el amparo de responsabilidad civil médica derivada de la

² Ordóñez, El contrato de seguro, op cit., p. 119

³ Sentencia del 28 de noviembre del 2018 - Exp. 11001-03-15-000-2018-02290-00)

conducta médica del ESE CENTRO I en el desarrollo de la conducta médica desplegada por los galenos adscritos laboral o contractualmente, se estipularon las condiciones, los límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, etc., de manera que exclusivamente son estos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento, incluso y sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad, que pido declarar en el fallo.

Téngase en cuenta que expresamente en la póliza se estipuló el límite de la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual para hechos amparados por el contrato y en este punto impera el precepto del art. 1079 del C. Co., conforme al cual el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el art. 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

En desarrollo del carácter indemnizatorio que tiene el contrato de seguro de daños según el art. 1088 del Código de Comercio, el artículo 1089 del Código de Comercio al definir las reglas relativas a la cuantía máxima de indemnización dispone que *"Dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá en ningún caso del valor real de interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario"*.

Ahora bien, en las condiciones generales de la citada póliza se convino que los límites máximos son los que se encuentran en la carátula de la misma, tal como se ilustra a continuación:

AMPAROS CONTRATADOS

(...)

2 ** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES 350.000.000

(...)

5 COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES 350.000.000

9 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES 52,500,000.

Es importante resaltar que, en este caso, en la Póliza en comento se han limitado a través de cláusulas en ejercicio de la autonomía de la voluntad de ellos contrayentes, la responsabilidad económica o patrimonial que, por medio de la transferencia del riesgo, ha asumido la aseguradora, llama especialmente la atención el sublímite pactado en lo atañedor con los perjuicios extrapatrimoniales, el sublímite es un límite adicional que se aplica además al límite general de una forma específica y calificada, en este caso, al evento en que se imponga una obligación indemnizatoria cuyos rubros identitarios respondan a tipologías de daño inmaterial, como lo son el daño a la salud y el daño moral por ejemplo, que fueron tipologías solicitadas en las pretensiones de la demanda.

Por otra parte, de conformidad con lo establecido en los artículos 1056 y 1103 del Código de Comercio dentro del contrato de seguro se otorga la posibilidad de limitar la responsabilidad a la compañía que funja como aseguradora, facultades legales por las cuales se establecen condiciones contractuales, mediante la constitución convenida de exclusiones, periodos de carencia y sublímites aplicables de manera específica a ciertos amparos, que siempre que aparezcan escritos de manera expresa y literal e el contrato de seguro, bien sea en el certificado individual o en las condiciones generales de la póliza deben ser acatadas.

En todo caso, es imprescindible destacar que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a las condiciones de la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la demostración (por parte del beneficiario) del perjuicio alegado y su cuantía, siempre y cuando no se configure una causal legal o convencional de inoperancia del contrato de seguro.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004108.**

Se propone la presente excepción, indicando que el deducible fue definido en las condiciones generales de la Póliza de Responsabilidad Civil No.1003576 así:

Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 4.500.000

El deducible es una figura propia del derecho de los seguros, que tiene consagración legal y además trae por finalidad estimular de manera pedagógica al asegurado para que actúe de buena fe procurando con su conducta en el giro ordinario de sus funciones evitar la exposición a riesgos o la concreción de siniestros en tanto que si estos se producen tendrá que asumir en forma proporcional pero significativa parte de la pérdida de ese riesgo que acontezca. El Código de Comercio, en su art.1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado "(...) *deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño*". Una de tales modalidades, la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta forzosamente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor asegurado sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

Es así como en el caso de una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, se deberá tener en cuenta esta porción que de la pérdida deberá asumir el asegurado

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004108.**

En las condiciones de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108, que es la única que se podría afectar en caso de una eventual condena en contra de la aseguradora, se establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella. En efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo.

Ahora bien, tal como lo señala el Artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

“(...) Art. 1056.- Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”.

En virtud de la facultad citada en el referido artículo, el asegurador decidió otorgar determinados amparos, siempre supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, e incorpora en la póliza determinadas barreras cualitativas que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente como **exclusiones de la cobertura**.

Al respecto vale la pena que el Juez al momento de adoptar una decisión tenga en cuenta, entre otras principalmente las siguientes exclusiones que fueron pactadas de manera detallada en el seguro y que están indicadas en el clausulado general de la siguiente manera.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente
2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen
3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.

6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo, pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que, por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
21. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas

Las exclusiones en este caso cumplen con las exigencias en el Estatuto del Consumidor en tanto que yacen descritas en carácter legibles, visibles y comprensibles en la proforma anexa que se entregó al tomador con la suscripción del seguro, el pacto de estas exclusiones hace parte del ejercicio legal y libre de la actividad mercantil aseguraticia en tanto que el art. 37 de la Ley 1480 del 2011 permite a la aseguradora, en tanto que los seguros son contratos de adhesión, instrumentar la prerrogativa del art. 1056 del Código de Comercio a través de la institución de exclusiones.

La Superintendencia financiera Colombia bajo Radicado 2019153273-007-000, procedió a dar una posición frente a los amparos y exclusiones de la póliza, emitiendo la siguiente consideración:

"Bajo esta línea de interpretación, debe entenderse que en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los

mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tanto los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza, como lo precisa la instrucción de este Supervisor.”

El día 4 de febrero de 2020 la Dirección Legal de Seguros de la Superintendencia Financiera de Colombia a través de respuesta a petición con radicado 2019153273-007-000, consideró que *“en aquellos casos en que en consideración al número de amparos y sus respectivas exclusiones, así como la necesidad de ofrecer una descripción legible, clara y comprensible de los mismos, no sea susceptible incorporar todos estos conceptos en una sola página, pueden quedar, tantos los primeros como las segundas, consignados en forma continua a partir de la primera página de la póliza [...]”*

La regla consistente en que las exclusiones deben figurar en la primera página de la póliza so pena de ineficacia de la estipulación se encuentra en el art. 44 de la Ley 45 de 1990 y el art. 184.2 del EOSF que dicen:

Requisitos de las pólizas. Las pólizas deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

*1. Su contenido debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, a la presente Ley [o estatuto, según el caso] y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva.
[...]*

3o. Los amparos básicos y las exclusiones deben figurar, en caracteres destacados, en la primera página de la póliza.

Pero dicha norma no define qué es y qué no es Póliza y tampoco establece qué se entiende por primera página de la misma, es decir, si con base en el art. 1047 y 1048 del Código de Comercio, las condiciones generales y particulares son la Póliza y la integran, ¿cuál es la pauta normada de la que la juez concluye que las exclusiones deben estar indefectiblemente en la carátula (que no es lo mismo que primera página) de la Póliza si el art. 184 del EOSIF no hace tal distinción?

Tal es la disonancia semántica del fallo con las normas que ha aplicado irregularmente que ni siquiera, la reglamentación de la Superintendencia Financiera le da la razón a la jueza, dicha entidad expidió la Circular Básica Jurídica 07 de 1996 indicando respecto de las pólizas de seguros lo siguiente:

1.2.1. Requisitos generales de las pólizas de seguros

Para el adecuado cumplimiento de lo señalado en el art. 184 numeral 2 del EOSF las entidades aseguradoras deben redactar las condiciones del contrato de forma que sean claramente legibles y que los tomadores y asegurados puedan comprender e

identificar las definiciones de los riesgos amparados y las obligaciones emanadas del negocio celebrado.

Para ello, las pólizas deben incluir, cuando menos, la siguiente información:

1.2.1.1. En la carátula

- a. Las condiciones particulares previstas en el art. 1047 del Código de Comercio.*
- b. En caracteres destacados o resaltados (es decir que se distingan del resto del texto de la impresión) el contenido del inciso primero del art. 1068 Código de Comercio. Para el caso de los seguros de vida, el contenido del art. 1152 del mismo ordenamiento legal.*

1.2.1.2. A partir de la primera página de la póliza (amparos y exclusiones)

Los amparos básicos y todas las exclusiones que se estipulen deben consignarse en forma continua a partir de la primera página de la póliza. Estas deben figurar en caracteres destacados o resaltados, según los mismos lineamientos atrás señalados y en términos claros y concisos que proporcionen al tomador la información precisa sobre el verdadero alcance de la cobertura contratada. No se pueden consignar en las páginas interiores o en cláusulas posteriores exclusiones adicionales en forma distinta a la prevista en este numeral.

La CBJ 07 de 1996 fue remplazada por la CBJ 029 de 2014 más actual, pero en esta se reprodujeron sin alteración sintáctica ni semántica las disposiciones de la primera circular.

En consecuencia, de hallarse configurada, según la prueba recaudada, alguna otra causal de exclusión consignadas en las condiciones generales o particulares de la póliza, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

• EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES – PACTA SUNT SERVANDA

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente mencionar que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en su Art. 1079 establece

que “El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada”.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad.

Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc. Al respecto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por la convocada, los valores asegurados para cada uno de los amparos y las exclusiones pactadas.

La póliza utilizada como fundamento contractual de la convocatoria, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, la vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, al contenido de las condiciones de la póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción, especialmente al encontrarse configurada una causal de exclusión pactada entre las partes en este contrato de seguro.

- **LA REPARACIÓN DEL DAÑO NO PUEDE SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO PARA LA PARTE DEMANDANTE**

En términos generales, existe un criterio unánime que explica que la reparación de los daños causados como consecuencia de un hecho dañoso, tiene un carácter exclusivamente indemnizatorio y no puede ser fuente de enriquecimiento para la parte demandante. En otras palabras, no existe duda alguna que la reparación de los perjuicios tiene la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior, esto es, al estado previo a la acusación del daño, sin que esto signifique que la parte actora pueda enriquecerse por el reconocimiento de dicha indemnización. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en los mismos términos al establecer:

“Ciertamente puede decirse cuando el artículo 2341 del Código Civil prescribe que el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, se adopta, en armonía con el inciso 2 del artículo 1649 del Código Civil, el principio según el cual la prestación de la obligación resarcitoria llamada indemnización, tiene como límite cuantitativo aquel que, según su función de dejar indemne (sin daño), alcance a reparar directa o indirectamente el perjuicio ocasionado, para el restablecimiento, en sus diferentes formas, de la misma situación patrimonial anterior, (...)”

En otras palabras, es improcedente jurídicamente conceder una indemnización que no solo tenga la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior al acaecimiento del hecho dañoso, sino que también tenga el propósito de enriquecer a la parte actora. Lo anterior, por cuanto como se ha explicado, la indemnización de perjuicios no puede ser utilizada como herramienta para enriquecer a la víctima, sino para repararle efectivamente los daños que haya padecido.

Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que no es admisible la presunción en esa materia, de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente, que no encuentra acreditado el perjuicio inmaterial de daño moral.

Por lo anterior y sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada, en el evento que el honorable Juez considere que sí se reúnen los elementos de la responsabilidad civil extracontractual, comedidamente solicito desestime la tasación de perjuicios propuesta por la parte demandante y la solicitud de declaración de los mismos, más aún, teniendo en cuenta que no existe elemento material probatorio alguno en el plenario que acredite efectivamente su causación.

Solicito a Usted Señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y LOS DEMAS DEMANDADOS – INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD EN EL MARCO DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Esta excepción se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Es importante recabar sobre el particular por cuanto a que la obligación de mí representada

la compañía LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS tiene su génesis en un contrato de seguro celebrado dentro de unos parámetros y límites propios de la autonomía de la voluntad privada y no de la existencia de responsabilidad civil extracontractual propia de la aseguradora, sino de la que se pudiere atribuir al asegurado conforme lo establecido por el artículo 2341 del Código Civil, por tanto se encuentra frente a dos responsabilidades diferentes a saber: 1. La del asegurado por la responsabilidad civil extracontractual que se le llegará a atribuir, cuya fuente de obligación indemnizatoria emana de la ley propia y 2. La de mí representada aseguradora cuyas obligaciones no emanan de la ley propiamente dicha, sino de la existencia de un contrato de seguro celebrado dentro de los parámetros dados por los artículos 1036 del Código de Comercio y S.S., encontrándose las obligaciones de mí representada debidamente delimitadas por las condiciones pactadas en el contrato de seguro celebrado, constituyéndose entonces las obligaciones del asegurado y de la aseguradora en obligaciones independientes y que no son solidarias.

La Corte Suprema de Justicia en Sala de Casación Civil y mediante ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez en sentencia SC20950-2017 Radicación n° 05001-31-03-005-2008-00497-01 ha indicado que:

*“(…) Por último, **la compañía aseguradora no está llamada a responder de forma solidaria por la condena impuesta, sino atendiendo que «el deber de indemnizar se deriva de una relación contractual**, que favoreció la acción directa por parte del demandante en los términos del artículo 1134 del C. de Co (…)”*
(Subrayas y negrilla mías)

Entendido lo anterior, es preciso indicar que la solidaridad de las obligaciones en Colombia solo se origina por pacto que expresamente la convenga entre los contrayentes, lo anterior según el art. 1568 del Código Civil Colombiano que reza:

*“(…) **En general cuando se ha contraído por muchas personas o para con muchas la obligación de una cosa divisible, cada uno de los deudores, en el primer caso, es obligado solamente a su parte o cuota en la deuda**, y cada uno de los acreedores, en el segundo, sólo tiene derecho para demandar su parte o cuota en el crédito.*

*Pero **en virtud de la convención**, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum.*

***La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley.** (…)*

En virtud de tal independencia en las obligaciones, se formula esta excepción por cuanto el artículo 1044 del Código de Comercio faculta a la aseguradora proponer al tercero beneficiario las excepciones y exclusiones que pudiere interponerle al asegurado o tomador del contrato de seguro, motivo por el cual puede alegar mí representada la ausencia de cobertura ante la falta de prueba de la ocurrencia y cuantía del siniestro y las exclusiones y

demás condiciones que resultaren atribuibles al presente evento.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria que remotamente podría surgir a su cargo está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado para el amparo de muerte o lesión a una persona, con sujeción a las condiciones de la póliza.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

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 y/o constan ya en el expediente:

1. Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108.
2. Condiciones generales y particulares aplicables al contrato de seguro suscrito entre ESE CENTRO I y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.
3. Certificado de existencia y representación legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
4. Poder especial conferido por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en mensaje de datos).

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a quien integra la parte demandante, especialmente a ASLI IVETH PECHENÉ y ANDERSON SÁNCHEZ CAMPO, para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda y sobre las premisas fácticas sobre las cuales fundan las pretensiones indemnizatorias de tipología material e inmaterial. Los demandantes tienen el deber de comparecer indistintamente de que se haya o no solicitado su declaración y pueden ser citados en las direcciones suministrados o a través de la colaboración de su vocero judicial.

• TESTIMONIALES

- Solicito amablemente que se decrete el testimonio de la señora Isabella Caro Orozco con C.C. No. 1.144.070.531, asesora externa de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS quien puede ser citado o ubicado en su dirección electrónica isabella.caro23@outlook.com para que a través de su testimonio declare sobre las razones de la incorporación de las exclusiones del seguro y su instrumentación en el documento de Póliza de Responsabilidad Civil No. 1004108, además para que a través de su declaración y con base en lo que permite el art. 221 del CGP se puedan incorporar las certificaciones de agotamiento o disponibilidad de las sumas aseguradas, puesto que en el intervalo del tiempo transcurrido entre la contestación al llamamiento en garantía y la fecha en que se sesione la audiencia del art. 181 del CPACA pueden generarse pagos a terceros que le agoten, lo cual no se puede probar en este momento por resultar sobreveniente.
- Solicito que se decrete el testimonio de YOHANNA CONSTANZA PORTILLA que puede ser localizada para que comparezca a través de la colaboración del apoderado de la ESE CENTRO I o al correo electrónico esecentro1@hotmail.com para que declare sobre los hechos que rodearon la aplicación de la vacuna contra la Hepatitis B a la menor S.P.P. y a los riesgos asociados al concepto de ESAVI.
- Con amparo al art. 221 del CGP me reservo el derecho de contra interrogar a los testigos solicitados por las demás partes.

NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi poderdante recibirá notificaciones en la dirección electrónica notificacionesjudiciales@previsora.gov.co.

Al suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 Centro Empresarial Chipichape en la ciudad de Cali o a la dirección electrónica notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

PÓLIZA N°

1004108

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 28 MES 1 AÑO 2019			CERTIFICADO DE EXPEDICION			N° CERTIFICADO 0			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO		
TOMADOR 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE												NIT 900.145.581-5					
DIRECCIÓN												TELÉFONO					
ASEGURADO 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE												NIT 900.145.581-5					
DIRECCIÓN KR 4 5 17, PIENDAMO, CAUCA												TELÉFONO 8470653					
EMITIDO EN POPAYAN				CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos						DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO	A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00				1602	16	28	1	2019	27	1	2019	00:00	27	1	2020	00:00	365
CARGAR A: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE									FORMA DE PAGO 34. REGIONAL ESTATAL			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 350,000,000.00					

Riesgo: 1 -
KR 4 5 78, PIENDAMO, CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	350,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	350,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	350,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	350,000,000.00	SI	10,150,000.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 4,500,000.00	\$ NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	350,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	35,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	17,500,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	52,500,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 4,500,000.00	\$ NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	35,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	17,500,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 SMMLV	NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 0100010

100.000 % NO APLICA

RCP-006-5 - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA I

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***10,150,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$***1,928,500.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$**12,078,500.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portadadquiriente/pages/auth/portalllogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

29/03/2022 09:51:46

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3069	2	HAROLD ANTONIO VALDES	13.00 1,319,500.00

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO AL CONTRATO DE SEGURO No. 059 DE 2019, CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.20190047 DEL 02 DE ENERO DE 2019, SE EMITE LA PRESENTE POLIZA.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: ESE CENTRO UNO

NIT: 900.145.581-5

DIRECCIÓN: CARRERA 4 5 78, PIENDAMO, CAUCA

ASEGURADOS: ESE CENTRO UNO

NIT: 900.145.581-5

DIRECCIÓN: CARRERA 4 5 78, PIENDAMO, CAUCA

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: PIENDAMO, CAUCA

VIGENCIA: DOCE MESES

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-5

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO:

ALTERNATIVA 1 \$ 350.000.000 evento y por vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO:

ALTERNATIVA 1 \$12.078.500 INCLUIDO IVA

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$4.500.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
 2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 5% por evento y 15% por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.
3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la caratula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el Sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.
 - b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

EXCLUSIONES

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente
2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen
3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
21. Amparo para nuevos predios y operaciones.
22. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 30 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
 3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
 4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
 - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
 - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
5. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
7. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
8. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
9. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
10. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 31 MES 1 AÑO 2019	CERTIFICADO DE MODIFICACION	N° CERTIFICADO 1	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO
TOMADOR 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE DIRECCIÓN				NIT 900.145.581-5 TELÉFONO	
ASEGURADO 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE DIRECCIÓN KR 4 5 17, PIENDAMO, CAUCA				NIT 900.145.581-5 TELÉFONO 8470653	
EMITIDO EN POPAYAN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN		VIGENCIA
MONEDA Pesos			DÍA	MES	DESDE AÑO A LAS
TIPO CAMBIO 1.00	1602	16	31	1	2019 27 1 2019 00:00
			FORMA DE PAGO		VALOR ASEGURADO TOTAL
CARGAR A: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE			34. REGIONAL ESTATAL		\$ 0.00

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOSDocumento
NIT 0100010Porcentaje Tipo Benef
100.000 % NO APLICA

RCP-006-5 - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA I

A SOLICITUD DEL ASEGURADO SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES PROFESIONALES VINCULADOS A LA ENTIDAD:

No. IDENTIFICACION NOMBRE CARGO PUNTO ATENCION

1 1,061,757,846 MARIA DEL PILAR CASA HERNANDEZ MEDICO S.S.O CAJIBIO
 2 1,061,774,685 OLGA LUCIA VERGARA ORDOÑEZ ODONTOLOGO S.S.O CAJIBIO
 3 1,061,761,567 WILSON ARBEY BURBANO LUNA ENFERMESO S.S.O CAJIBIO
 4 10,536,771 BERNARDO CANO SAMBONI BACTERIOLOGO CAJIBIO
 5 25,339,480 CLAUDIA LILIANA GUE BAMBAGUE AUX. ENFERMERIA CAJIBIO
 6 25,340,934 MARIA YANETH VALENCIA HERRERA AUX. ENFERMERIA CAJIBIO
 7 25,337,408 CLAUDIA BERNANDA BRAVO REGENTE FARMACIA CAJIBIO
 8 1,062,298,291 JUAN CARLOS DELGADO GIRALDO MEDICO S.S.O MORALES
 9 1,193,102,346 CARMEN ROSA CAMACHO V. ODONTOLOGO S.S.O MORALES
 10 1,062,299,332 MONICA ORTEGA VELASCO ENFERMESO S.S.O MORALES
 11 1,094,272,445 LEIDY LORENA PEREZ PEREZ BACTERIOLOGO MORALES
 12 25,545,279 MARICELA MONJE CASSO AUX. ENFERMERIA MORALES
 13 25,547,343 LISSETH CAROLINA SANDOVAL AUX. ENFERMERIA MORALES
 14 34,554,165 YOLIMA SOLVAY MOLINA REGENTE FARMACIA MORALES
 15 1,143,842,058 JUAN FERNANDO ANGEL RUIZ MEDICO S.S.O PIENDAMO
 16 1,061,721,098 VIVIAN CAROLINA SEPULVEDA OROZCO ODONTOLOGO S.S.O PIENDAMO
 17 1,059,447,836 LUISA FERNANDA CUERO PLAYONERO ENFERMESO S.S.O PIENDAMO
 Texto Continúa en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA

\$*****0.00

GASTOS

\$*****0.00

IVA

\$*****0.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$*****0.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

29/03/2022 09:52:06

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3069	2	HAROLD ANTONIO VALDES	

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: MODIFICACION

1

18 72,045,558 JULIO CESAR FLORES FERNANDEZ BACTERIOLOGO PIENDAMO
19 48,574,642 MIREYA ISABEL USA LUNA AUX. ENFERMERIA PIENDAMO
20 34,320,934 PAOLA ANDREA VELASCO IBARRA AUX. ENFERMERIA PIENDAMO
21 1,061,534,119 SINDY YESENIA BURBANO REGENTE FARMACIA PIENDAMO
22 1,144,059,915 PAOLA ANDREA CERTUCHE TROCHEZ MEDICO S.S.O SILVIA
23 1,088,974,350 TATIANA ORDOÑEZ MUÑOZ ODONTOLOGO S.S.O SILVIA
24 1,143,831,258 JINA MARIONT VELASCO ARIAS ENFERMESO S.S.O SILVIA
25 10,067,950,952 JAIDITH TATIANA VERGARA IBARRA BACTERIOLOGO SILVIA
26 10,721,562 ISIDRO ALMENDRA TOMBE AUX. ENFERMERIA SILVIA
27 25,691,295 CARMEN LORENA VELASCO VELASCO AUX. ENFERMERIA SILVIA
28 1,064,429,873 SOFIA CORDOBA REGENTE FARMACIA SILVIA
29 76,258,113 FABIO ORTEGA ORTEGA REGENTE FARMACIA SEDE ADTIVA

NOTA: SE ACLARA QUE NO SE DA COBERTURA A LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA INDIVIDUAL DE CADA UNO DE LOS PROFESIONALES ENUNCIADOS.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA POLIZA CONTINUAN IGUAL.



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD	CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P.
DÍA 10	MES 1	AÑO 2020	RENOVACION	3	NO
TOMADOR 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE				NIT 900.145.581-5	
DIRECCIÓN				TELÉFONO	
ASEGURADO 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE				NIT 900.145.581-5	
DIRECCIÓN KR 4 5 17, PIENDAMO, CAUCA				TELÉFONO 8470653	
EMITIDO EN POPAYAN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN	VIGENCIA	NÚMERO DE DÍAS
MONEDA Pesos			DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00	1602	16	10 1 2020	27 1 2020 00:00	366
CARGAR A: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE			FORMA DE PAGO 1. CONTADO	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 350,000,000.00	

Riesgo: 1 -
KR 4 5 78, PIENDAMO, CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	350,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	350,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	350,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	350,000,000.00	SI	10,528,767.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 4,500,000.00	\$ NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	350,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	35,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	17,500,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	52,500,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 4,500,000.00	\$ NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	35,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	17,500,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 SMMLV	NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 0100010

100.000 % NO APLICA

RCP-006-6 - PÓLIZA DE RC PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICA

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***10,528,767.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$***2,000,465.73

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$**12,529,232.73

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

29/03/2022 09:52:42

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3069	2	HAROLD ANTONIO VALDES	

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

3

A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO AL CONTRATO DE COMPRAVENTA No. 041 DE 2020, CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.20200009 DEL 01 DE ENERO DE 2020, SE EMITE LA PRESENTE POLIZA.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: ESE CENTRO UNO

NIT: 900.145.581-5

DIRECCIÓN: CARRERA 4 5 78, PIENDAMO, CAUCA

ASEGURADOS: ESE CENTRO UNO

NIT: 900.145.581-5

DIRECCIÓN: CARRERA 4 5 78, PIENDAMO, CAUCA

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: PIENDAMO, CAUCA

VIGENCIA: DOCE MESES

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-6

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LÍMITE ASEGURADO:

ALTERNATIVA 1 \$ 350.000.000 evento y por vigencia

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$4.500.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 5% por evento y 15% por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

3

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.

2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsorora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.

4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsorora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.

5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.

7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.

9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el Sublímite establecido en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.

10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.

b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

3

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente
2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen
3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
21. Amparo para nuevos predios y operaciones.
22. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 30 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
 3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
 4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
 - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
 - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
 5. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
 6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 7. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

3

8. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.

9. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado

10. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio

PÓLIZA N°

1004108

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 24 MES 1 AÑO 2020	CERTIFICADO DE MODIFICACION	N° CERTIFICADO 4	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO									
TOMADOR 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE DIRECCIÓN				NIT 900.145.581-5 TELÉFONO										
ASEGURADO 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE DIRECCIÓN KR 4 5 17, PIENDAMO, CAUCA				NIT 900.145.581-5 TELÉFONO 8470653										
EMITIDO EN POPAYAN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN				VIGENCIA				NÚMERO DE DÍAS			
MONEDA Pesos			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO	A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00	1602	16	24	1	2020	27	1	2020	00:00	27	1	2021	00:00	366
CARGAR A: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE						FORMA DE PAGO 1. CONTADO		VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 0.00						

Riesgo: 1 -
KR 4 5 78, PIENDAMO, CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No. Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
5 COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	350,000,000.00	SI	0.00
Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 4,500,000.00 \$ NINGUNO			

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 0100010	100.000 % NO APLICA

RCP-006-6 - PÓLIZA DE RC PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICA

A SOLICITUD DEL ASEGURADO SE REALIZA INCLUSION DE PERSONAL EN LA POLIZA ARRIBA CITADA, DE ACUERDO A LA SIGUIENTE RELACIÓN:

1,061,695,609 DANIEL ALEJANDRO GOMEZ MOSQUERA MEDICO S.S.O CAJIBIO
1,061,782,812 BRIYITH LORENA VALENCIA URREA ODONTOLOGO S.S.O CAJIBIO
1,061,773,424 ASTRID MARCELA GONZALEZ GOLONDRINO ENFERMESO S.S.O CAJIBIO
10,536,771 BERNARDO CANO SAMBONI BACTERIOLOGO CAJIBIO
25,289,863 DEIDY DORANY VALENCIA GUTIERREZ AUX. ENFERMERIA CAJIBIO
25,286,531 MARIA EUGENIA MANQUILLO LUBO AUX. ENFERMERIA CAJIBIO
Texto Continúa en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$*****0.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$*****0.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	\$*****0.00
------------------------------	-------------

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

29/03/2022 09:53:01

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3069	2	HAROLD ANTONIO VALDES	

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: MODIFICACION

4

1,061,759,593 WILLIAM ALEXIS VALENCIA REGENTE FARMACIA CAJIBIO
1,062,306,809 RONALD ALEXIS TROCHEZ PEQUI MEDICO S.S.O MORALES
1,061,541,727 ANGIE DANIELA MOSQUERA CAMAYO ODONTOLOGO S.S.O MORALES
1,062,314,984 GINNA MARCELA MONTOYA EMBUS ENFERMESO S.S.O MORALES
1,094,272,445 LEIDY LORENA PEREZ PEREZ BACTERIOLOGO MORALES
25,708,408 JIMENA GARZON COLLAZOS AUX. ENFERMERIA MORALES
4,675,542 CARLOS EFREN ORDOÑEZ AUX. ENFERMERIA MORALES
34,554,165 YOLIMA SOLVAY MOLINA REGENTE FARMACIA MORALES
1,081,411,663 LAURA DEL CARMEN FAJARDO QUEVEDO MEDICO S.S.O PIENDAMO
1,061,779,612 LILIANA ANDREA CASTRO CASTRO ODONTOLOGO S.S.O PIENDAMO
1,061,691,110 JUDITH MARCELA OCHOA GONZALEZ ENFERMESO S.S.O PIENDAMO
72,045,558 JULIO CESAR FLORES FERNANDEZ BACTERIOLOGO PIENDAMO
1,061,731,773 JOHN EDUARD CRUZ SARRIA AUX. ENFERMERIA PIENDAMO
76,292,750 ALEXANDER RIOS VICTORIA AUX. ENFERMERIA PIENDAMO
25,454,062 BERENICE BASTIDAS REGENTE FARMACIA PIENDAMO
1,144,088,892 AURA MARIA GOMEZ PABON MEDICO S.S.O SILVIA
1,143,845,661 JACOBO ATHEMAY STERLING GOMEZ ODONTOLOGO S.S.O SILVIA
1,061,789,706 GUSTAVO ADOLFO ORDOÑEZ RAMOS ENFERMESO S.S.O SILVIA
40,505,095 LUZ ZULEYMA HERRERA DUARTE BACTERIOLOGO SILVIA
34,563,459 BLANCA ESMERALDA LEON ALVEAR AUX. ENFERMERIA SILVIA
48,572,700 YLCE LOPEZ RIVERA AUX. ENFERMERIA SILVIA
1,064,429,873 SOFIA CORDOBA REGENTE FARMACIA SILVIA
76,258,113 FABIO ORTEGA ORTEGA REGENTE FARMACIA SEDE ADTIVA

SE ACLARA QUE OPERA DESDE EL 24 DE ENERO DE 2020.

LOS DEMÁS TÉRMINOS, CONDICIONES Y CLAUSULADOS, CONTINÚAN IGUAL.

PÓLIZA N°

1004108

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 15 MES 1 AÑO 2021	CERTIFICADO DE RENOVACION	N° CERTIFICADO 5	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO											
TOMADOR 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE DIRECCIÓN			NIT 900.145.581-5 TELÉFONO													
ASEGURADO 2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE DIRECCIÓN KR 4 5 17, PIENDAMO, CAUCA			NIT 900.145.581-5 TELÉFONO 8470653													
EMITIDO EN POPAYAN	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN				VIGENCIA				NÚMERO DE DÍAS					
MONEDA Pesos			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DE	DESDE	AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA	AÑO	A LAS
TIPO CAMBIO 1.00	1602	16	15	1	2021	27	1	2021	00:00			27	1	2022	00:00	
CARGAR A: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE						FORMA DE PAGO 4. 30 DÍAS				VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 500,000,000.00						

Riesgo: 1 -
KR 4 5 78, PIENDAMO, CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	500,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	500,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	500,000,000.00	SI	15,000,000.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 4,500,000.00	\$ NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	350,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	25,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	75,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 4,500,000.00	\$ NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	25,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 SMMLV	NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 0100010

100.000 % NO APLICA

RCP-006-6 - PÓLIZA DE RC PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICA

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***15,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**2,850,000.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$**17,850,000.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://ifacturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.

Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.

Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.

Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

29/03/2022 09:53:22

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3069	2	HAROLD ANTONIO VALDES	6.50 975,000.00

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

5

A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO AL CONTRATO DE SUMINISTRO NO. 040 DE 2021, SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: ESE CENTRO I
NIT: 900145581-5
DIRECCIÓN: CRA 4 NO. 5-17

ASEGURADOS: ESE CENTRO I
NIT: 900145581-5
DIRECCIÓN: CRA 4 NO. 5-17

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: PIENDAMO CAUCA

VIGENCIA: DOCE MESES, DESDE 27.01.2021 AL 27.01.2022.

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-8

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$ 500.000.000 por evento y por vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 3% + IVA \$ 17.850.000

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$ 4.500.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
 2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

5

3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 15% respecto del valor asegurado por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.

2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsorora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.

4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsorora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.

5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.

7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.

9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el Sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.

10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.

b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

EXCLUSIONES

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

5

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente
2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen
3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que, por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
21. Amparo para nuevos predios y operaciones.
22. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.
23. Exclusión Epidemias y Pandemias: En ningún caso habrá lugar a pago bajo los amparos de la presente póliza, ni estarán cubiertas las reclamaciones que se presenten contra un asegurado, cuando cualquiera de las responsabilidades cubiertas bajo la presente póliza tenga su causa, consista en, esté en conexión, tenga relación o sean consecuencia de:

" Reclamos, daños o pérdidas por interrupción de negocios (incluyendo pérdida de oportunidad y cualquier pérdida consecencial), que surja directa o indirectamente de enfermedades infecciosas y/o contagiosas así como de las medidas adoptadas para controlar, prevenir, suprimir o de cualquier manera relacionada con cualquier brote de epidemias y/o pandemias y/o enfermedad a causa de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo pero no limitando a coronavirus (COVID-19), coronavirus 2 por síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo

" Reclamos relacionados con transmisión de enfermedad a causa de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo, pero no limitando a COVID-19 o SARS-CoV-2.

" Reclamos relacionados directa o indirectamente con la presencia de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo, pero no limitando a COVID-19 o SARS-CoV-2 en las instalaciones del asegurado.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

5

Para los efectos de esta exclusión, Enfermedad infecciosa y/o contagiosa significa: Una enfermedad que se transmite de una persona a otra por transmisión directa o indirecta de bacterias o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, como alimentos contaminados por el portador y consumido por la persona infectada".
24.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 30 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
 3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
 4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
 - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
 - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
5. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 6. Los sublímites y coberturas ofrecidos hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
 7. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
 8. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
 9. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE			N° CERTIFICADO		CIA. PÓLIZA LÍDER N°		CERTIFICADO LÍDER N°				A.P.			
DÍA	MES	AÑO	RENOVACION			6								NO			
TOMADOR		2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE									NIT			900.145.581-5			
DIRECCIÓN											TELÉFONO						
ASEGURADO		2166006-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE									NIT			900.145.581-5			
DIRECCIÓN		KR 4 5 17, PIENDAMO, CAUCA									TELÉFONO			8470653			
EMITIDO EN		POPAYAN		CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA		Pesos				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES		HASTA AÑO	A LAS
TIPO CAMBIO		1.00		1602	16	11	1	2022	27	1	2022	00:00	27	1	2023	00:00	365
CARGAR A: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO 1 ESE									FORMA DE PAGO			VALOR ASEGURADO TOTAL					
									4. 30 DÍAS			\$ 500,000,000.00					

Riesgo: 1 -
KR 4 5 78, PIENDAMO, CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	500,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	500,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	500,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	500,000,000.00	SI	15,000,000.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 4,500,000.00	\$ NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	350,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	25,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	75,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 4,500,000.00	\$ NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	25,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 SMMLV	NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 0100010

100.000 % NO APLICA

RCP-006-6 - PÓLIZA DE RC PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICA

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***15,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**2,850,000.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$**17,850,000.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

29/03/2022 09:53:42

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3069	2	HAROLD ANTONIO VALDES	6.50 975,000.00

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

6

A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO AL CONTRATO DE SUMINISTRO NO. 071 DE 2022, SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: ESE CENTRO I
NIT: 900145581-5
DIRECCIÓN: CRA 4 NO. 5-17

ASEGURADOS: ESE CENTRO I
NIT: 900145581-5
DIRECCIÓN: CRA 4 NO. 5-17

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: PIENDAMO CAUCA

VIGENCIA: DOCE MESES, DESDE 27.01.2021 AL 27.01.2022.

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-8

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$ 500.000.000 por evento y por vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 3% + IVA \$ 17.850.000

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$ 4.500.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
 2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

6

3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 15% respecto del valor asegurado por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsorora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.
3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsorora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el Sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.
 - b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

EXCLUSIONES

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

6

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente
2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen
3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que, por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
21. Amparo para nuevos predios y operaciones.
22. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.
23. Exclusión Epidemias y Pandemias: En ningún caso habrá lugar a pago bajo los amparos de la presente póliza, ni estarán cubiertas las reclamaciones que se presenten contra un asegurado, cuando cualquiera de las responsabilidades cubiertas bajo la presente póliza tenga su causa, consista en, esté en conexión, tenga relación o sean consecuencia de:

" Reclamos, daños o pérdidas por interrupción de negocios (incluyendo pérdida de oportunidad y cualquier pérdida consecencial), que surja directa o indirectamente de enfermedades infecciosas y/o contagiosas así como de las medidas adoptadas para controlar, prevenir, suprimir o de cualquier manera relacionada con cualquier brote de epidemias y/o pandemias y/o enfermedad a causa de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo pero no limitando a coronavirus (COVID-19), coronavirus 2 por síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), o cualquier mutación o variación del mismo

" Reclamos relacionados con transmisión de enfermedad a causa de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo, pero no limitando a COVID-19 o SARS-CoV-2.

" Reclamos relacionados directa o indirectamente con la presencia de todo tipo de virus, bacteria, agente contaminante vivo o no vivo, incluyendo, pero no limitando a COVID-19 o SARS-CoV-2 en las instalaciones del asegurado.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004108 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

6

Para los efectos de esta exclusión, Enfermedad infecciosa y/o contagiosa significa: Una enfermedad que se transmite de una persona a otra por transmisión directa o indirecta de bacterias o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, como alimentos contaminados por el portador y consumido por la persona infectada".
24.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 30 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
 3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
 4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
 - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
 - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
5. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 6. Los sublímites y coberturas ofrecidos hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
 7. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
 8. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
 9. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-006



CONDICIONES GENERALES

PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, DENOMINADA EN ADELANTE PREVISORA Y EL TOMADOR, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE EL TOMADOR HA HECHO EN LA SOLICITUD, HAN CONVENIDO EN CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO, CONFORME LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DETALLAN EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE CONSIGNEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS ANEXOS Y/O ENDOSOS.

TODOS Y CADA UNO DE LOS AMPAROS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE EXPIDEN BAJO LA MODALIDAD DE DELIMITACIÓN TEMPORAL DE COBERTURA DENOMINADO POR RECLAMACIÓN, CON ARREGLO A LO CONSIGNADO EN EL PRIMER INCISO DEL ARTÍCULO 4º. DE LA LEY 389 DE 1997.

LOS TÉRMINOS Y/O PALABRAS QUE SE ENCUENTRAN EN NEGRILLA A LO LARGO DE LA PÓLIZA ESTÁN DEFINIDOS BIEN DENTRO DEL TEXTO QUE DESCRIBE CADA COBERTURA O EN LA CLÁUSULA TERCERA (DEFINICIONES) DE ESTA PÓLIZA Y DEBEN SER ENTENDIDAS DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN.

LOS TÍTULOS Y SUBTÍTULOS QUE SE UTILIZAN A CONTINUACIÓN SON ESTRUCTIVAMENTE ENUNCIATIVOS Y POR LO TANTO DEBEN SER INTERPRETADOS DE ACUERDO AL TEXTO QUE LOS ACOMPAÑA.

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

- a) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE ESTE INCURRA, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES, TODOS ELLOS LEGALMENTE HABILITADOS E INTERVINIENTES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-006



EN ESTE CASO PREVISORA SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO CON LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- a) PREVISORA RECONOCERÁ HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO DIFERENTE A UNA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y QUE OCASIONE DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES DE SALUD PROPIAS DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) IGUALMENTE, PREVISORA SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD DE SALUD DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-006



1.3 GASTOS DE DEFENSA

1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, PAGARÁ LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR PREVISORA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN DE COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.

1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

PARA LOS PROCESOS PENALES, LOS GASTOS Y COSTOS JUDICIALES INCURRIDOS, TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA CITACIÓN A AUDIENCIA DE FORMULACIÓN DE IMPUTACIÓN, Y SE PAGARÁN POR REEMBOLSO UNA VEZ SEA PROFERIDA SENTENCIA DEFINITIVA O FALLO QUE FINALICE EL PROCESO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO: (i) HUBIERE SOLICITADO AUTORIZACIÓN PREVIA A PREVISORA PARA INCURRIR EN DICHOS GASTOS Y ESTOS HAYAN SIDO AUTORIZADOS POR ESCRITO, Y (ii) FUERE DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL FUESE SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

EN LOS DEMÁS CASOS LOS GASTOS DE DEFENSA SE RECONOCERÁN Y PAGARÁN AL MOMENTO DE SU APROBACIÓN POR PREVISORA, HASTA EL MONTO AUTORIZADO DE LOS MISMOS, APROBACIÓN QUE DEBERÁ SURTIRSE EN TODOS LOS CASOS DE FORMA PREVIA A CUALQUIER ACUERDO QUE REALICE EL ASEGURADO CON SU ABOGADO.

1.3.3 OTROS COSTOS DE PROCESOS QUE PROMUEVA LA VÍCTIMA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE PREVISORA

PREVISORA RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN CONTRA DEL ASEGURADO, SALVO QUE LA RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PRESENTE PÓLIZA O PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO, O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADIENDO ORDEN EXPRESA DE PREVISORA. EN EL CASO DE SER CONDENADO EL ASEGURADO A PAGAR UNA INDEMNIZACIÓN A LA VÍCTIMA EN CANTIDAD SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA, LOS GASTOS Y COSTAS DEL PROCESO CORRERÁN POR PREVISORA ÚNICAMENTE EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA POR LA CONDENA EN FUNCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES

PREVISORA RECONOCERÁ LOS GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCITAR DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-006



LA CONTRATACIÓN DE ESTA COBERTURA NO IMPLICA EN NINGÚN CASO LA OBLIGACIÓN PARA PREVISORA DE OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE.

EN TODOS LOS CASOS, LOS COSTOS DE CAUCIONES SÓLO SE RECONOCERÁN EN LA MEDIDA EN QUE DICHS CONCEPTOS HUBIEREN SIDO PREVIA Y EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR PREVISORA. EL RECONOCIMIENTO DE DICHS COSTOS SE REALIZARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LOS MISMOS.

1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

LA RESPONSABILIDAD POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES

EL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES DARÁ EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS CONTADOS DESDE EL VENCIMIENTO O TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN POR PRIMERA VEZ CONTRA EL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO EL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD QUE HUBIERE SIDO EXPRESAMENTE PACTADO Y OTORGADO.

EL AMPARO DE EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS NO CAMBIARÁ LA FECHA DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. SIMPLEMENTE EXTENDERÁ EL PERÍODO DURANTE EL CUAL, EL ASEGURADO, PODRÁ PONER EN CONOCIMIENTO DE PREVISORA DICHS RECLAMOS.

LOS LÍMITES DE COBERTURA CONTRATADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA PÓLIZA, SON LOS MISMOS QUE REGISTRÁN PARA EL AMPARO DEL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, ES DECIR, DICHO AMPARO NO ALTERARÁ EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ACORDADO EN LA PÓLIZA, NI EL ALCANCE, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS.

EL ASEGURADO ESTARÁ FACULTADO PARA CONTRATAR ESTA COBERTURA EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO, BIEN SEA POR SU DECISIÓN O POR LA DE PREVISORA, CON EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ANEXAS A LA MISMA Y CON SUJECCIÓN A LOS DEMÁS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO EN CASO DE TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO, DEBIDO A FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

ES CONDICIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO, QUE LA MISMA SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES ANTERIORES A LA FECHA DE TERMINACIÓN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE IGUAL FORMA, EN EL EVENTO QUE EL CONTRATO SEA REVOCADO O NO RENOVADO POR PREVISORA, ESTA EXTENSIÓN DEBERÁ SER SOLICITADA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE AVISO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-006



CUMPLIDAS TODAS LAS CONDICIONES ANTERIORES CONTENIDAS EN ESTE NUMERAL, PREVISORA:

- NO PODRÁ NEGARSE A OTORGAR EL AMPARO Y EMITIR EL ANEXO Y/O CERTIFICADO RESPECTIVO.
- NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- MANTENDRÁ VIGENTE EL AMPARO HASTA CUANDO SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O SE AGOTE EL PERÍODO OTORGADO DE DOS (2) AÑOS, CUALQUIERA QUE SUCEDA PRIMERO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO CUMPLA CON TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONTRATACIÓN DEL ANEXO, PREVISORA QUEDARÁ LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

A FIN DE CALCULAR LA PRIMA POR EL AMPARO PARA LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMACIONES, PREVISORA UTILIZARÁ LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE SOLICITUD DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO.

IGUALMENTE, PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTARE POR LA NO CONTRATACIÓN DEL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, PREVISORA QUEDARÁ LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A RECLAMACIONES NO INICIADAS EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA; LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA NO RENOVADA, SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EN CASO DE QUE EL TOMADOR, ESTANDO VIGENTE EL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, CONTRATASE OTRA PÓLIZA DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA, SEA CON PREVISORA O CUALQUIER OTRA ASEGURADORA, LA COBERTURA BRINDADA POR DICHO PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES OPERARÁ SIEMPRE EN EXCESO DE DICHA OTRA PÓLIZA.

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA RECLAMACIONES Y/O INDEMNIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LOS DIRECTORES Y/O ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR PREVISORA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-006



5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA, YA SEA QUE HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
6. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
7. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE. DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
8. DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
9. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
10. TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
11. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS Y/O ASISTENTES, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, 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 HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
12. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESITAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCUPTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
13. FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS.
14. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, Y/O CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
15. ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-006



16. CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
17. CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
18. TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A LOS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES DE UNA ENFERMEDAD QUE, POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A PACIENTES EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
19. RECLAMOS POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL PACIENTE Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL PACIENTE, Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO PACIENTE POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
20. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
21. DAÑOS ORIGINADOS POR UNA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
22. DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA, CONTROL O TENENCIA DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
23. LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO PACIENTES DEL ASEGURADO.
24. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
25. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO O VINCULADOS A TRAVÉS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS U OTRA MODALIDAD.
26. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
27. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
28. EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-006



29. EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
30. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
31. HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
32. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
33. DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
34. PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
35. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
36. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
37. CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
38. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDA FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
39. RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O CONDICIONES PARTICULARES, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
40. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
41. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
42. VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
43. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

44. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

- a) Asegurado: Es el establecimiento médico asistencial que presta el servicio médico de salud, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza. Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.
- b) Beneficiario: Persona natural que tiene derecho a recibir la indemnización, en su calidad de paciente y/o esté legalmente legitimado para reclamar un perjuicio, derivado del daño ocasionado al paciente.
- c) Evento: Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo.
- d) Servicios Profesionales en la atención de la Salud de los pacientes: Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. Dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.
- e) Daños Materiales: Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- f) Lesiones Corporales: Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- g) Costas, Gastos, Intereses y Honorarios: Los intereses moratorios, las costas, gastos y honorarios incurridos por el ASEGURADO para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza.
- h) Fecha de Retroactividad: Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Eventos, esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y PREVISORA, en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.
- i) Indemnización: Pago efectuado según lo estipulado en la póliza de seguro, por concepto de daños y/o perjuicios amparados por la presente póliza, la cual no puede superar el importe del límite de valor asegurado (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- j) Paciente: Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios de salud y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos, diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- k) Reclamo: Cualquier acción judicial o extrajudicial, realizada contra el asegurado o su Asegurador, efectuado por primera vez durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad otorgado, como consecuencia de un perjuicio causado por éste, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por una prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o evento.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-006



Todas las Reclamaciones derivadas de la misma prestación del servicio de salud o Evento efectuadas a una o varias personas, 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.

Así mismo, la serie de prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Evento que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia o situación se considerarán una sola Reclamación, sin importar el número de reclamantes y/o Reclamaciones formuladas, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad.

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad, asumido por PREVISORA al producirse el evento amparado, será el que se encuentra estipulado en la carátula de la presente póliza.

Si se presentaren varias reclamaciones contra el asegurado durante la vigencia de la póliza, la responsabilidad máxima de PREVISORA, por ningún motivo podrá exceder, los límites globales indicados en la carátula de la presente póliza.

Cuando en una cláusula o amparo adicional se estipule un sublímite por persona o por evento o por vigencia, tal sublímite será el límite máximo de indemnización que le aplique a dicha cobertura, la cual hará parte del límite asegurado global de la póliza.

Este límite asegurado se reducirá en igual cantidad del monto indemnizado y no habrá restablecimiento automático del valor asegurado.

Límite Agregado Anual de Cobertura: Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos a consecuencia de distintos servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o eventos, PREVISORA responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem Límite Agregado Anual de Cobertura de las Condiciones Particulares el cual comprende los valores indicados de manera individual para cada cobertura.

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

Corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del mismo, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales.

A su vencimiento, este seguro no se prorrogará automáticamente, por tanto, expresamente se pacta que, al vencimiento del mismo, sólo se renovará si media previo acuerdo expreso de las partes, con indicación de los términos, condiciones y/o límites aplicables para el nuevo periodo.

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto o porcentaje pactado como deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza.

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

De acuerdo con el artículo 1066 del C. de Co. el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza.

La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro de acuerdo con lo previsto por el artículo 1068 del Código de Comercio.

8 CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO O DE TENER CONOCIMIENTO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

A. En caso de Siniestro o de tener conocimiento de Reclamaciones, el Asegurado, está obligado a:

- Adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las Reclamaciones de responsabilidad, debiendo mostrarse tan diligente como si no existiera seguro.
- Dar noticia a PREVISORA de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial formulada en su contra. La noticia deberá darse dentro de los (3) tres días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer dicha situación y deberá incluir la siguiente información:
 1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió la prestación de servicios profesionales de atención en la salud a los pacientes;
 2. Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
 3. La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
 4. Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
 5. Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
 6. Nombre y domicilio de los intervinientes en la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes además del Asegurado.
- No asumir ninguna responsabilidad ni conciliar o transigir ninguna Reclamación, ni incurrir en ningún costo o gasto de los que estarían cubiertos por esta póliza sin el consentimiento escrito de PREVISORA.

B. Si durante la vigencia de la póliza o del Periodo Extendido para Reclamaciones, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier hecho o circunstancia adversa que pudiera dar lugar razonablemente en el futuro a un Siniestro o a generar una Reclamación, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas, estará igualmente obligado a cumplir con las obligaciones establecidas en el literal anterior.

En caso que con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza efectivamente se formalice una Reclamación derivada de los hechos o circunstancias que fueron notificados a PREVISORA en la forma establecida en este numeral, dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en el mismo momento en que los hechos y circunstancias que la originaron fueron debidamente notificados o avisados a LA PREVISORA razón por la cual la cobertura procederá bajo la póliza que se encontraba vigente en ese momento.

- C. En caso de Siniestro, el Asegurado, deberá informar a PREVISORA, de los seguros coexistentes, con indicación de la aseguradora y de la suma asegurada de los mismos.

En todo caso, el incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes, conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

- D. En caso de que el Tercero damnificado y/o beneficiario exija directamente a PREVISORA indemnización por los daños ocasionados por el Asegurado, deberá éste proporcionar todas las informaciones y pruebas pertinentes que PREVISORA solicite con relación a la ocurrencia del hecho y la cuantía que motiva la acción del Tercero perjudicado.

El incumplimiento de cualquiera de las anteriores obligaciones por parte del Asegurado, según fuere, legitimará a Previsora, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio, para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado.

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

PREVISORA tendrá derecho de encargarse y de dirigir, en nombre del Asegurado, la defensa o negociaciones tendientes a conciliación o transacción de las Reclamaciones, o a formular en nombre del Asegurado y en su propio beneficio, demanda de reconvencción o llamamiento en garantía con el fin de obtener compensación de terceros.

PREVISORA no conciliará ni transará ninguna Reclamación, ni podrá hacer acuerdos conciliatorios con Terceros, sin el consentimiento del Asegurado. En caso, que este último rehúse consentir un acuerdo conciliatorio que haya podido adelantar Previsora con los Terceros o rechacen la oferta de PREVISORA en cuanto a conciliar o transar una Reclamación, la responsabilidad de PREVISORA no excederá del importe de la conciliación o transacción propuesta, incluyendo los costos y gastos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo conciliatorio o la oferta por parte del Asegurado.

No obstante, lo anterior, el Asegurado queda autorizado para incurrir en los gastos razonables que fueren necesarios para proteger evidencias o resguardar su posición frente a eventuales Reclamaciones, si por las circunstancias en que se presenten los hechos no fuere posible obtener el consentimiento de PREVISORA de manera oportuna.

10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

1. Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
2. Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
3. 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.
4. Tomar las medidas que considere convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del asegurado.
5. Beneficiarse 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.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

La presente póliza no se renovará automáticamente. PREVISORA estudiará los términos y condiciones de la renovación al recibir solicitud en ese sentido. La solicitud deberá hacerse por escrito con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza.

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

Este seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por Previsora, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el Tomador, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a Previsora.

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 calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

PREVISORA pagará al asegurado o al beneficiario cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio.

De conformidad con lo previsto por el artículo 1110 del Código de Comercio, PREVISORA, adicional a pagar la indemnización en dinero tiene el derecho, si lo estima conveniente, de reconstruir, reponer o reparar los bienes asegurados destruidos o dañados o cualquier parte de ellos.

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

El Asegurado o el Beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

1. Cuando la reclamación presentada ante Previsora fuere de cualquier manera fraudulenta; si en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.
2. Cuando al dar noticia del siniestro omiten maliciosamente informar de los seguros coexistentes sobre los mismos intereses asegurados.
3. Cuando renuncien a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro, sin el previo consentimiento escrito de Previsora.

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Previsora. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Previsora, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, 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.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero Previsora sólo estará 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, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si Previsora, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los 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.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio, el asegurado o tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a Previsora los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1º del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

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

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, Previsora podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a Previsora para retener la prima no devengada.

Así mismo, el Tomadora o el Asegurado podrán, durante la Vigencia del seguro notificar todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, debiendo por tanto PREVISORA, en los términos del artículo 1065 del Código de Comercio, reducir la prima estipulada segunda la tarifa correspondiente por el tiempo no corrido del seguro.

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1096 a 1099 del Código de Comercio en virtud del pago de la indemnización, PREVISORA se subroga, por ministerio de la ley y hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del Asegurado contra las personas responsables del Siniestro.

El Asegurado, a petición de PREVISORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y será responsables de los perjuicios que le acarree a PREVISORA su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación.

PREVISORA podrá repetir contra el Asegurado el importe de las indemnizaciones que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción por el perjudicado o sus derechohabientes, cuando se descubra que el daño o perjuicio causado al Tercero se debió a conductas dolosas del Asegurado.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- a) PREVISORA tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado, incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc., en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- b) De igual manera, PREVISORA tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del “paciente” y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

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

19 CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: CARÁCTER COMPLEMENTARIO DE LA COBERTURA Y COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de que el amparo otorgado por esta póliza concorra con el otorgado por otras pólizas que amparen el mismo riesgo, PREVISORA sólo sería responsable del pago de la indemnización en exceso del monto cubierto por los demás seguros contratados. En el evento de existir en dichas pólizas una cláusula en el sentido aquí expresado, se aplicarán las reglas referentes a la coexistencia de seguros, previstas en el artículo 1.092 del Código de Comercio, con arreglo a las cuales, los diversos aseguradores deberán soportar la indemnización en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe.

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimientos del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, según se especifica en la carátula y/o sus condiciones particulares y/o especiales, a menos que se defina de otra manera.

En caso de que nada se diga en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales, se entenderá que los límites territoriales corresponden únicamente a la República de Colombia.

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-006



Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el tomador y/o asegurado y Previsora con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia, ya sea ante justicia ordinaria o la arbitral, en caso de que se pacte cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llegue a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS

Esta póliza y cualquiera de los certificados o anexos que se expidan con base en ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito de Previsora.

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

26 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

El tomado y/o asegurado se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por Previsora y, que resulta, de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo- SARLAFT.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador y/o asegurado, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a Previsora, para lo cual diligenciará nuevamente el respectivo formato.

Es requisito para la renovación del seguro que, el tomadora y/o asegurado diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente.

Parágrafo: Cuando el beneficiario del seguro sea una persona diferente al tomador y/o asegurado, la información relativa al beneficiario deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la reclamación, conforme al formulario que Previsora suministrará para tal efecto.

27 CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL/ CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

Previsora incluirá los datos de carácter personal y todos los datos posteriores, que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en una base de datos por la que es y será responsable. La finalidad del tratamiento de dicha información será la prestación del contrato de seguro y el posible envío de información comercial y publicitaria sobre sus productos y servicios.

El tomador y/o asegurado autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-006



El tomador y/o asegurado podrán hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a Previsora, a la dirección que aparece en la presente póliza, de acuerdo con lo establecido en las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el tomador facilite a Previsora información relativa a asegurados o terceros, dicho suministro se hará bajo el entendido de que dichos asegurados y/o terceros han manifestado previamente su autorización al tomador para que sus datos personales le sean comunicados a Previsora con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

El tomador y/o asegurado autorizan a Previsora para que consulte, solicite, obtenga, transfiera, transmita, informe, conserve en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo del sector financiero, bursátil, asegurador, de la seguridad social, fiscal o industrial, nacional o internacional, toda la información, confidencial o no, obtenida o que le haya sido suministrada, o que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad haya celebrado así como sobre novedades, referencias comerciales y bancarias, manejo de pólizas y demás servicios que surjan de sus relaciones comerciales con Previsora y con terceros.