

Honorable,

CONSEJO DE ESTADO (REPARTO)

secgeneral@consejodeestado.gov.co

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES

ACCIONANTE: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

ACCIONADO: TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE VALLE DEL CAUCA

ASUNTO: VULNERACIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA IGUALDAD (Art. 13 C.P.) DEBIDO PROCESO (Art. 29 C.P.). Y ACCESO A LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA (Art. 229 C.P.)

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y 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**, conforme al poder que se allega junto con este escrito, de manera respetuosa me dirijo a su despacho, en los términos del artículo 86 de la Constitución Política y del Decreto 2591 de 1991, para interponer **ACCIÓN DE TUTELA** en contra del **TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE VALLE DEL CAUCA**, con el fin de que se **AMPAREN** los derechos fundamentales a la **IGUALDAD, DEBIDO PROCESO y ACCESO A LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA** de mi representada, previstos en los artículos 13, 29 y 229 de la Constitución Política, vulnerados por la autoridad judicial accionada al interior del proceso de Reparación Directa adelantado por el señor **DUVAR ALEXIS QUIÑONEZ CUERO Y OTROS** en contra del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E** y Otros bajo el radicado No. 76001-33-33-018-2016-00189-01, donde mi poderdante fue llamada en garantía; y, en consecuencia, se **ORDENE** a la autoridad judicial accionada **PROFERIR UNA DECISIÓN DE REEMPLAZO** de la **Sentencia sin número del 28 de junio de 2024**. Lo anterior, de conformidad con los fundamentos fácticos y jurídicos que se exponen a continuación.

I. COMPETENCIA PARA CONOCER DE LA PRESENTE ACIÓN DE TUTELA

El Honorable Consejo de Estado, es competente para conocer de la presente acción de tutela contra providencias judiciales de acuerdo con las disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias vigentes. Lo es, en la medida en que el artículo 1º del Decreto 333 de 2021, que modificó el artículo 2.2.3.1.2.1. del Decreto 1069 de 2015 frente a las reglas de reparto de la acción de tutela, dispone lo siguiente:

ARTÍCULO 1º. Modificación del artículo 2.2.3.1.2.1 del Decreto 1069 de 2015. Modifíquese el artículo 2.2.3.1.2.1 del Decreto 1069 de 2015, el cual quedará así: “ARTÍCULO 2.2.3.1.2.1. Reparto de la acción de tutela. Para los efectos previstos en el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991, conocerán de la acción de tutela, a prevención, los jueces con jurisdicción donde ocurriere la violación o la amenaza que motivare la

presentación de la solicitud o donde se produjeran sus efectos, conforme a las siguientes reglas:

(...)

5. las acciones de tutela dirigidas contra los Jueces o Tribunal serán repartidas, para su conocimiento en primera instancia, al respectivo superior funcional de la autoridad jurisdiccional accionada. (énfasis añadido).

En virtud de lo anterior, y en la medida en que el H. Consejo de Estado es el respectivo superior funcional del Tribunal Administrativo de Valle del Cauca, se tiene que el alto tribunal de la jurisdicción de lo contencioso administrativo es competente para conocer la presente acción constitucional de amparo.

II. FUNDAMENTOS FÁCTICOS

II.1. HECHOS DE LA ACTUACIÓN EXTRAJUDICIAL

II.1.1. El día **07 de abril de 2016**, mediante apoderado judicial, los señores DUVAR ALEXIS QUIÑONEZ CUERO, LIZETH JOHANNA QUIÑONEZ CUERO, ROSENDO QUIÑONEZ y los primos menores de edad del *nasciritus* JEAN DEIVID Y AILIN YIRETH QUIÑONEZ APONZA presentaron solicitud de conciliación extrajudicial convocando a la Red de Salud del Oriente E.S.E, Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., y EMSSANAR ESS. De dicha solicitud conoció la Procuraduría 58 Judicial I para Asuntos Administrativos de Cali quien el **02 de mayo de 2016** declaró fallido el trámite conciliatorio y expidió constancia dando por agotado el requisito de procedibilidad exigido para acudir a la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

II.2. HECHOS DE LA ACTUACIÓN JUDICIAL

II.2.1. El día **08 de julio de 2016**, mediante apoderado judicial lo señores DUVAR ALEXIS QUIÑONEZ CUERO, LIZETH JOHANNA QUIÑONEZ CUERO, ROSENDO QUIÑONEZ y otros, instauraron demanda en contra de la Red de Salud del Oriente E.S.E, Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., y EMSSANAR ESS, solicitando que se declarara administrativa y patrimonialmente responsable por los hechos que concluyeron en el deceso del *nasciturus* cuya madre era la señora Lizeth Johanna Quiñonez Cuero, el día 14 de mayo del 2015.

II.2.2. El **18 de julio de 2016** el Juzgado Dieciocho (18º) Administrativo Oral del Circuito de Cali, mediante Auto Interlocutorio, admitió la demanda de la referencia.

II.2.3. Como se observa de los hechos relevantes y la actuación procesal traída a colación, la reclamación al asegurado se hizo por primera vez el **07 de abril de 2016** (con el envío del traslado de la solicitud de conciliación) es decir, se formuló por fuera del límite temporal pactado en la Póliza **No. 1010647**, la cual comprendía una vigencia del **15 de febrero de 2015 al 01 de abril de 2016**, dejando por fuera la cobertura.

II.3. HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA REALIZADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E., – A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

II.3.1. El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., tomó con La Previsora S.A. Compañía de Seguros un seguro de responsabilidad, regulado por nuestro Código de Comercio, entre otros, por el artículo 1131, y que se documentó en la Póliza Seguro Responsabilidad Civil No. 1010647.

II.3.2. El día 13 de enero de 2017, el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E., presentó contestación de la demanda y llamó en garantía a la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SERGUROS en virtud de la Póliza No. 1010647.

II.3.3. El 10 de febrero de 2017, el Juzgado Dieciocho (18º) Administrativo Oral del Circuito de Cali, mediante Auto Interlocutorio No. 109 resuelve, entre otras cosas *“Admitir el llamamiento en garantía realizado por el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” y la Red Salud del Oriente E.S.E contra la aseguradora La Previsora S.A. Compañía de Seguros, en el porcentaje señalado en las pólizas referidas”*

II.3.4. El día **09 de marzo de 2017**, La Previsora S.A. Compañía de Seguros contestó en término la demanda y el llamamiento en garantía formulado por la Red de Salud del Oriente E.S.E y el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E, excepcionando, entre otras cosas, la inexistencia de cobertura de la Póliza No. 1010647.

II.3.5. El día 28 de agosto de 2019, el Juzgado Dieciocho (18º) Administrativo Oral del Circuito de Cali profirió Sentencia No. 132 en la cual se resolvió lo siguiente:

(...)

SEGUNDO. - DECLÁRANSE PROBADAS las excepciones denominadas "EXONERACION DE RESPONSABILIDAD DE LA EPS FRENTE A LA PRESENTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD DE LA IPS (CLAUSULA DE INDEMNIDAD)", "INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD" -AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE EMSSANAR ESS", "INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO PRESTADO" "INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL COMO ELEMENTO DE RESPONSABILIDAD": "INEXISTENCIA DE LA

OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ENSTRUCTURALES DE RESPONSABILIDAD "INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD Y/O UBLIGACION A CARGO DE LOS ANTES CONVOCANTES, invocadas por EMSSANAR E.S.S., el Hospital Universitario de Valle y La Previsora S.A. Compañía de Seguros; y de oficio, la excepción de "FALTA DE LEGITIMACON EN LA CAUSA POR PASIVA" frente a EMSSANAR E.S.S., por las razones anotadas en precedencia.

TERCERO. -NIEGANSE las pretensiones de la demanda, en virtud de las razones señaladas en este proveído.

(...)

II.3.6. Mediante Sentencia del 28 de junio de 2024, el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca resolvió los reparos formulados por la parte demandante del proceso en cuestión, resolviendo lo siguiente:

PRIMERO. -REVOCAR la Sentencia de primera instancia No. 132 del 28 de agosto del 2019 proferida por el Juzgado Dieciocho Administrativo Oral del Circuito de Cali - Valle, por las razones aquí expuestas.

SEGUNDO: DECLARAR civil y extracontractual responsable al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. de la perdida de oportunidad por el fallecimiento del nasciturus de la señora LIZETH JOHANNA QUIÑONEZ CUERO, consecuencialmente CONDENAR a dicho hospital a los siguientes perjuicios por dicho concepto:

LIZETH JOHANNA QUIÑONEZ CUERO madre	50 smml
ROSENDO QUIÑONEZ ESTACIO abuelo	20 smml
DUVAR ALEXIS QUIÑONES CUERO tío	15 smml
JEAN DEIVID QUIÑONEZ APONZA primo	10 smlm
AILIN YIRETH QUIÑONEZ APONZA primo	10 smlm

TERCERO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

CUARTO: CONDENAR a la llamada en Garantía, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS a reembolsar al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” las sumas pagadas, en virtud de la póliza No. 1010647, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. (...)

II.3.7. Para arribar a la anterior parte resolutive, en lo que nos concierne, la sentencia de segunda instancia sin realizar un estudio sobre la modalidad de cobertura de la Póliza No. 1010647 y la ausencia de cobertura de esta, consideró lo siguiente frente al llamamiento en garantía realizado por el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” a La Previsora S.A. Compañía de Seguros:

Respecto a la llamada en Garantía, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS la Sala constata que para el momento de los hechos existía un vínculo contractual vigente con la entidad llamante y la llamada, y del contenido de la póliza se verifica cobertura por responsabilidad profesional, lo cual en virtud del art. 64 del C.G.P. habilitaba al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”

para llamar a la Previsora S.A. Compañía de Seguros como tercero interviniente para que con la cobertura y vigencia de la póliza No. 1010647 respondan por el daño ocasionado a los demandantes bajo las condiciones generales y particulares de la póliza.

Como se observa del aparte transcrito de la sentencia de segunda instancia del 28 de junio de 2024, el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca no se pronunció ni realizó un análisis sobre la modalidad de cobertura pactada en la Póliza No. 1010647, omitiendo de este modo que la póliza vinculada no ofrecía cobertura temporal para los hechos materia de controversia, pues como se verá más adelante, la reclamación se efectuó por fuera del periodo de vigencia pactado.

II.3.8. Por lo anteriormente expuesto, resulta imperante que el H. Consejo de Estado, como juez constitucional de tutela, por encontrarse de por medio cuestiones de orden público y evidente relevancia constitucional como el patrimonio de una aseguradora con aportes estatales, proceda a amparar los derechos fundamentales a la igualdad (art. 13 C.P.), debido proceso (artículo 29 C.P.) y acceso a la administración de justicia (art. 229 C.P.) vulnerados por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca.

III. DERECHOS FUNDAMENTALES VIOLADOS

Con la Sentencia SN de segunda instancia del 28 de junio de 2024 proferida por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca con ponencia del Magistrado Jhon Erick Chaves Bravo dentro del proceso de reparación directa adelantado por Duvar Alexis Quiñonez Cuero y Otros en contra del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E y Otros bajo el radicado No. 76001-33-33-018-2016-00189-01, se han vulnerado los derechos fundamentales a la **IGUALDAD** (art. 13 C.P.), al **DEBIDO PROCESO** (art. 29 C.P.) y al **ACCESO A LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA** (art. 229 C.P.) al no interpretar y aplicar la ley, en especial, el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, como se le aplica a todas las personas que hacen parte de un contrato de seguro y que han acordado pactar la modalidad de cobertura denominada “*claims made*” o “reclamación hecha”; al proferir decisión judicial sin motivación pues en su parte considerativa frente a la vinculación de La Previsora S.A., no explica, ni tan siquiera se pronuncia sobre las condiciones pactadas dentro de la póliza No. 1010647, entre las que se encuentra la modalidad de cobertura de la póliza por reclamación “*claims made*”, pasando por alto así, que la reclamación al asegurado se formuló fuera del límite temporal del seguro dejando por fuera de la cobertura, el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas. Siendo de este modo, que lo que debía hacer el tribunal, era evaluar si el hecho dañoso y la reclamación se habían presentado en vigencia de la póliza, pero resolvió fundamentar la responsabilidad de la llamada en garantía exclusivamente en la ocurrencia del hecho dañoso y omitió analizar si la reclamación se realizó

dentro de los términos del contrato.

A pesar de que las premisas fácticas y jurídicas del caso permitían indicar que la Póliza No. 1010647 por la cual el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” llamó en garantía a mi procurada, no ofrecía cobertura para los hechos materia de litigio, el tribunal accionado sin explicación alguna decidió impartir condena a mi representada.

IV. PROCEDENCIA DE LA PRESENTE ACCIÓN DE TUTELA

La acción de tutela se encuentra contemplada en el artículo 86 de la Constitución Política y desarrollada en el Decreto 2591 de 1991. Se trata de un mecanismo de orden constitucional que tiene toda persona para la salvaguarda inmediata de sus derechos fundamentales, que resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de una autoridad pública o particulares, incluyendo a las autoridades judiciales.

Su alcance y supuestos de procedencia han sido ampliamente abordados por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, especialmente en lo relativo a la validez de las decisiones de los jueces cuando estas vulneran derechos fundamentales en el marco de un proceso judicial. Sobre el punto, en Sentencia T – 094 de 2013, esta corporación dijo lo siguiente:

Como ha sido señalado en reciente jurisprudencia, la acción de tutela contra providencias judiciales es un instrumento excepcional, dirigido a enfrentar aquellas situaciones en que la decisión del juez incurre en graves falencias de relevancia constitucional, las cuales tornan la decisión incompatible con la Constitución. En este sentido, la acción de tutela contra decisión judicial es concebida como un juicio de validez y no como un juicio de corrección del fallo cuestionado, lo que se opone a que se use indebidamente como una nueva instancia para la discusión de los asuntos de índole probatoria o de interpretación normativa, que dieron origen a la controversia.

La acción de tutela contra providencias judiciales reviste un carácter excepcional en tanto está supeditada al cumplimiento de unos supuestos mínimos de procedencia, los cuales fueron desarrollados por la Corte Constitucional en Sentencia C-590 del 08 de junio de 2005. En dicha oportunidad, esta corporación fijó unos requisitos generales y especiales de precedencia, a saber:

Requisitos generales:

- a. Que la cuestión que se discuta resulte de evidente relevancia constitucional.
- b. Que se hayan agotado todos los medios -ordinarios y extraordinarios- de defensa judicial al alcance de la persona afectada, salvo que se trate de evitar la consumación de un perjuicio iusfundamental irremediable.
- c. Que se cumpla el requisito de la inmediatez, es decir, que la tutela se hubiere interpuesto en un término razonable y proporcionado a partir del hecho que originó la vulneración.

- d. Cuando se trate de una irregularidad procesal, debe quedar claro que la misma tiene un efecto decisivo o determinante en la sentencia que se impugna y que afecta los derechos fundamentales de la parte actora.
- e. Que la parte actora identifique de manera razonable tanto los hechos que generaron la vulneración como los derechos vulnerados y que hubiere alegado tal vulneración en el proceso judicial siempre que esto hubiere sido posible.
- f. Que no se trate de sentencias de tutela.

Requisitos especiales:

- a. Defecto orgánico, que se presenta cuando el funcionario judicial que profirió la providencia impugnada carece, absolutamente, de competencia para ello.
- b. Defecto procedimental absoluto, que se origina cuando el juez actuó completamente al margen del procedimiento establecido.
- c. Defecto fáctico, que surge cuando el juez carece del apoyo probatorio que permita la aplicación del supuesto legal en el que se sustenta la decisión.
- d. Defecto material o sustantivo, como son los casos en que se decide con base en normas inexistentes o inconstitucionales o que presentan una evidente y grosera contradicción entre los fundamentos y la decisión.
- e. Error inducido, que se presenta cuando el juez o tribunal fue víctima de un engaño por parte de terceros y ese engaño lo condujo a la toma de una decisión que afecta derechos fundamentales.
- f. Decisión sin motivación, que implica el incumplimiento de los servidores judiciales de dar cuenta de los fundamentos fácticos y jurídicos de sus decisiones en el entendido que precisamente en esa motivación reposa la legitimidad de su órbita funcional.
- g. Desconocimiento del precedente, hipótesis que se presenta, por ejemplo, cuando la Corte Constitucional establece el alcance de un derecho fundamental y el juez ordinario aplica una ley limitando sustancialmente dicho alcance. En estos casos la tutela procede como mecanismo para garantizar la eficacia jurídica del contenido constitucionalmente vinculante del derecho fundamental vulnerado.
- h. Violación directa de la Constitución.

Bajos los supuestos en mención y con el fin de acreditar el cumplimiento de los requisitos de procedencia de la presente acción de tutela, procedo a pronunciarme sobre cada uno de ellos en los siguientes términos:

IV.1. REQUISITOS GENERALES DE PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES

IV.1.1. RELEVANCIA CONSTITUCIONAL

Según la jurisprudencia constitucional y la doctrina nacional, la primera causal general de procedibilidad de la acción de tutela contra providencias judiciales es que el asunto o la cuestión debatida tenga evidente relevancia constitucional.

Sobre este requisito general de procedibilidad, la H. Corte Constitucional en Sentencia C-590 de 2005 con ponencia del Magistrado Jaime Córdoba Triviño dijo lo siguiente: “...*el juez constitucional no puede entrar a estudiar cuestiones que no tienen una clara y marcada importancia constitucional so pena de involucrarse en asuntos que corresponde definir a otras jurisdicciones. En consecuencia, el juez de tutela debe indicar con toda claridad y de forma expresa porqué la cuestión que entra a resolver es genuinamente una cuestión de relevancia constitucional que afecta los derechos fundamentales de las partes*”

En este caso, el asunto sometido a estudio adquiere relevancia constitucional por tener relación directa con la vulneración al debido proceso como uno de los pilares fundamentales del Estado Social de Derecho, así como al acceso a la administración de justicia, reconocidos por nuestra Constitución como derechos fundamentales. Lo anterior obedece a una evidente falta de motivación de la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca; pues para arribar a la parte resolutive, en lo que nos concierne, la sentencia de segunda instancia sin realizar un estudio sobre la modalidad de cobertura de la Póliza No. 1010647 y la ausencia de cobertura de esta, consideró lo siguiente frente al llamamiento en garantía realizado por el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” a La Previsora S.A. Compañía de Seguros:

Respecto a la llamada en Garantía, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS la Sala constata que para el momento de los hechos existía un vínculo contractual vigente con la entidad llamante y la llamada, y del contenido de la póliza se verifica cobertura por responsabilidad profesional, lo cual en virtud del art. 64 del C.G.P. habilitaba al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” para llamar a la Previsora S.A. Compañía de Seguros como tercero interviniente para que con la cobertura y vigencia de la póliza No. 1010647 respondan por el daño ocasionado a los demandantes bajo las condiciones generales y particulares de la póliza.

Como se observa del aparte transcrito de la sentencia de segunda instancia del 28 de junio de 2024, el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca no realizó un análisis, ni tan siquiera se pronunció, sobre las cláusulas sobre las que se erigen el contrato de seguro, específicamente sobre la modalidad de cobertura pactada en la Póliza No. 1010647, omitiendo de este modo que la póliza afectada, no ofrecía cobertura para los hechos materia de controversia, pues como se

verá más adelante, la reclamación se efectuó por fuera del periodo de vigencia pactado en este contrato. Siendo de este modo, que lo que debía hacer el tribunal, era evaluar si el hecho dañoso y la reclamación se habían presentado en vigencia de la póliza, pero resolvió fundamentar la responsabilidad de la llamada en garantía exclusivamente en la ocurrencia del hecho dañoso y omitió analizar si la reclamación se realizó dentro de los términos del contrato.

Lo anterior cobra mayor relevancia, pues se encuentra acreditado que La Previsora S.A. Compañía de Seguros, alegó de forma oportuna la ausencia de cobertura de la Póliza No. 1010647 dada su modalidad cobertura “CLAIMS MADE”.

Descendiendo al caso en concreto, se tiene que la Corte Constitucional en Sentencia T-233 de 2007 dijo lo siguiente sobre la ausencia de motivación en una decisión judicial:

(...) la motivación suficiente de una decisión judicial es un asunto que corresponde analizar en cada caso concreto. Ciertamente, las divergencias respecto de lo que para dos intérpretes opuestos puede constituir una motivación adecuada no encuentra respuesta en ninguna regla de derecho. Además, en virtud del principio de autonomía del funcionario judicial, la regla básica de interpretación obliga a considerar que sólo en aquellos casos en que la argumentación es decididamente defectuosa, abiertamente insuficiente o, en últimas, inexistente, puede el juez de tutela intervenir en la decisión judicial para revocar el fallo infundado. En esos términos, la Corte reconoce que la competencia del juez de tutela se activa únicamente en los casos específicos en que la falta de argumentación decisoria convierte la providencia en un mero acto de voluntad del juez, es decir, en una arbitrariedad

Es evidente que una exigencia de racionalidad mínima de toda actuación judicial es que exprese los argumentos que hacen inferir la decisión correspondiente. Cuando este ineludible presupuesto no puede verificarse, la sentencia contradice aspectos que hacen parte del núcleo esencial del derecho fundamental al debido proceso.

Por lo tanto, se debe tener en cuenta, que la falta de motivación de una decisión judicial supone una clara vulneración al derecho fundamental del debido proceso ya que existe un deber en cabeza de los funcionarios judiciales, el cual tiene que presentar las razones fácticas y jurídicas que sustentan el fallo, acción que se genera en virtud de un principio base de la función judicial.

IV.1.2. SUBSIDIARIEDAD

El segundo requisito general de procedibilidad de la acción de tutela contra providencias judiciales está relacionado con el carácter subsidiario de dicho amparo constitucional consagrado en el artículo 86 constitucional, el cual dispone que *“Esta acción sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial” y en el numeral 1º del artículo 6º del Decreto 2591 de 1991 de acuerdo con el cual no procederá dicho amparo “Cuando existan otros recursos o medios*

de defensa judiciales”. En ese sentido, corresponde analizar si se agotaron los mecanismos de defensa ordinarios y extraordinarios en el presente caso.

Frente a los mecanismos ordinarios de defensa, se tiene que, contra la sentencia de segunda instancia proferida por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca, no procede ningún recurso ordinario y mucho menos el de apelación pues como lo establece el artículo 243 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, son apelables únicamente las sentencias de primera instancia. El numeral 1º del artículo 243A del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo es absolutamente claro al expresar que no son susceptibles de recursos las sentencias proferidas en el curso de única o segunda instancia, como es el caso de la providencia judicial reprochada. La norma en cuestión es del siguiente tenor:

ARTÍCULO 243A. PROVIDENCIAS NO SUSCEPTIBLES DE RECURSOS ORDINARIOS.
<Artículo adicionado por el artículo 63 de la Ley 2080 de 2021. El nuevo texto es el siguiente:>
No son susceptibles de recursos ordinarios las siguientes providencias:

1. Las sentencias proferidas en el curso de la única o segunda instancia. (...)

Valga la pena mencionar, de igual forma, que la excepción consistente en la ausencia de cobertura de la Póliza No. 1010647 dada su modalidad cobertura “CLAIMS MADE” en virtud de la cual el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, llamó en garantía a La Previsora S.A. Compañía de seguros fue propuesta tanto al momento de contestar la demanda y el llamamiento en garantía formulado por dicha entidad, así como cuando se alegó de conclusión.

Al momento de contestar la demanda y el llamamiento en garantía formulado por el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, La Previsora S.A. Compañía de Seguros formuló la siguiente excepción:

**INEXISTENCIA DE COBERTURA DE LA POLIZA No. 1010647 Y
CONSECUENTEMENTE, DE OBLIGACIÓN A CARGO DE MI REPRESENTADA**

Se formula esta excepción, pues si bien entre mi representada, como asegurador y el ente convocante como tomador se celebró el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1010647, vigente del 15 de febrero de 2015 al 1 de enero de 2016, prorrogada hasta el 1 de abril de 2016, opera bajo la modalidad claims made o por reclamación y no cubre hechos como los que hoy se reclaman judicialmente al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” (...)

Consecuentemente resulta claro que la póliza No. 1010647, vigente del 15 de febrero de 2015 al 1 de enero de 2016, prorrogada hasta el 1 de abril de 2016, no ofrece cobertura para hechos como los hoy se reclamados al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, que si bien ocurrieron durante su vigencia, no fueron reclamados sino hasta el 7 de octubre de 2016, cuando le notificaron el auto admisorio de la demanda al HUV y para ese entonces, la vigencia de la póliza ya había expirado.

De igual forma, cuando el Juzgado Dieciocho (18º) Administrativo Oral del Circuito de Cali corrió traslado para alegar de conclusión dentro del proceso del radicado No. 76001-33-33-018-2016-

00189-00, La Previsora S.A. Compañía de Seguros expuso como argumento conclusivo lo siguiente:

CON LA PRUEBA DOCUMENTAL CONSISTENTE EN LA POLIZA NO. 1010647 SE PROBO LA INEXISTENCIA DE COBERTURA Y EN CONSECUENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

(...) así las cosas, es importante manifestarle al despacho que la póliza utilizada como fundamento para llamar en garantía a mi procurada, es la documentada bajo el contrato de seguro No. 1010647, vigente del 15 de febrero de 2015 al 1 de enero de 2016, prorrogada hasta el 1 de abril de 2016 que operó bajo la modalidad de *claims made*, no obstante, la misma no cubre hechos como los que hoy se reclaman judicialmente al HUV, por cuanto si se realiza una lectura detenida de las condiciones particulares de la póliza, específicamente en la modificación introducida en el certificado 2 de la póliza en mención, se pactó lo siguiente:

(...) 1-) *modalidad de reclamación: El sistema bajo el cual opera la presente póliza es por notificación de investigaciones y/o procesos por primera vez durante la vigencia de la póliza, derivado de hechos ocurridos en el periodo de retroactividad contratado, el cual se limita única y exclusivamente al inicio de la presente póliza*"

Sobre el particular, es preciso indicar que en el caso de marras si bien los hechos ocurrieron dentro del periodo de retroactividad contrada, que en el sub judice es el mismo periodo de vigencia de la póliza 14 de mayo de 2015, lo cierto es que los mismos no fueron reclamados sino hasta el 2 de mayo de 2016, tal y como se desprende de la constancia de no conciliación expedida por la procuraduría 58 judicial I para asuntos administrativos de la ciudad de Cali, documento que obra en el expediente.

(...)

También, cuando el Tribunal Administrativo del Valle corrió traslado para alegar de conclusión en segunda instancia dentro del proceso del radicado No. 76001-33-33-018-2016-00189-01, La Previsora S.A. Compañía de Seguros expuso como argumento conclusivo lo siguiente:

Ausencia de cobertura de la Póliza No. 1010647.

Se destaca de la Póliza No. 1010647, utilizada como base de la convocatoria, su modalidad de reclamación "claims made", cuya definición se encuentra dentro del condicionado particular (Certificado 2), así:

"Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza se efectúan las siguientes aclaraciones:

1-) modalidad de la reclamación: El sistema bajo el cual opera la presente póliza es por notificación de investigaciones y/o proceso por primera vez durante la vigencia de la póliza, derivados de hechos ocurridos en el periodo de retroactividad contratado, el cual se limita única y exclusivamente al inicio de la presente póliza"

Con base en lo anterior, salta a la vista que la cobertura se encuentra ligada al acontecimiento y concurrencia de los siguientes presupuestos: (i) que la reclamación del hecho (por primera vez) por el cual se solicita su indemnización, se efectúe durante la vigencia de la póliza y (ii) que los hechos hayan tenido ocurrencia en el periodo de retroactividad, que en el presente caso equivale decir, al inicio de la póliza.

(...)

Ahora bien, en lo que corresponde a la vigencia de la póliza, quedó demostrado documentalmente, que ésta tuvo como fecha de inició el 15 de febrero de 2015 hasta el 04 de abril de 2016, porque fue prorrogada el 02 de enero del mismo año.

Con este derrotero, es de advertir, que el hecho objeto de indemnización aconteció el 14 de mayo de 2015, lo que equivale a decir, dentro del periodo de retroactividad contemplado, por lo que se entendería satisfecho el presupuesto (II) antes destacado. No obstante, la misma suerte no ocurre con el presupuesto (i) como quiera que la vigencia de la póliza, como bien se vio, empezó a partir del 15 de febrero 2015 hasta el 04 de abril de 2016, mientras que la reclamación de los hechos materia del presente proceso por primera vez se generó en sede prejudicial el 07 de abril de 2016 con la presentación de la referida solicitud de conciliación, que se constituye en un requisito ineludible para ser admitida, conforme lo prevé el artículo 6, literal k) del Decreto 1716 de 2009. En estos términos, resulta ser más que claro que mi representada está exenta contractualmente, pues la ausencia de cobertura se constata de las mismas condiciones de la Póliza No. 1010647, ya que en ella se previó una delimitación temporal (...)

Por todo lo anterior, además de que se agotaron los recursos ordinarios frente a la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca, se tiene que el requisito de subsidiariedad se encuentra satisfecho, pues La Previsora S.A. Compañía de Seguros puso de presente la falta de cobertura del contrato de seguro documentado en la Póliza No. 1010647 desde su primera intervención en el proceso del radicado No. 76001-33-33-018-2016-00189-00 hasta su última intervención procesal con los alegatos de segunda instancia presentados.

Ahora bien, frente a los mecanismos extraordinarios de defensa, se tiene que el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo contempla como recursos extraordinarios los de revisión y de unificación de jurisprudencia, precisándose que, para el caso en concreto, no se materializa ninguna de las causales de revisión contempladas en el artículo 250 de dicha codificación, ni tampoco la causal única del artículo 258 ejusdem, en tanto que no existe sentencia de unificación proferida por el Consejo de Estado sobre las modalidades de cobertura que se pueden presentar en el contrato de seguro.

Visto lo anterior, se tiene que, el requisito general de la subsidiariedad de la acción de tutela se ha cumplido, pues La Previsora S.A. Compañía de Seguros agotó todos los recursos ordinarios procedentes y frente a la providencia analizada no procede ningún de los recursos extraordinarios contemplados actualmente por el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

IV.1.3. INMEDIATEZ

El tercer requisito general de procedibilidad de la acción de tutela contra providencias judiciales está relacionado con su interposición dentro de un plazo razonable, término que ha sido fijado por la jurisprudencia del H. Consejo de Estado en seis (6) meses, según se deduce de la

jurisprudencia unívoca sobre el particular. Así, por ejemplo, en Sentencia de 7 de diciembre de 2021¹, el alto tribunal de lo contencioso administrativo dijo lo siguiente sobre el requisito analizado:

16.- En relación con el presupuesto de la inmediatez para la interposición de demandas de tutela contra providencias judiciales, la Sala Plena de lo Contencioso Administrativo de esta Corporación ha considerado, lo siguiente:

Es de la esencia de este medio de defensa judicial la urgencia en la protección de las garantías constitucionales y el respeto a la seguridad jurídica y los derechos de terceros afectados. (...) De ahí que la reacción inmediata o pronta frente a la situación que vulnera o amenaza vulnerar un derecho fundamental sea un elemento consustancial para la protección que se ofrece. Este requisito que opera de forma general frente a todas las acciones de tutela, es más estricto cuando se interpone contra providencias judiciales, por lo que, como lo ha sostenido la Corte Constitucional, 'si se deja pasar un tiempo significativo desde el hecho vulneratorio de los derechos, 'resulta claramente desproporcionado el control constitucional de una providencia judicial por la vía de tutela''.

Por tal razón, debe mediar un término razonable entre la ejecutoria de la decisión judicial que se aduce como violatoria de los derechos fundamentales del accionante y la presentación de la acción de tutela para buscar su amparo.

Tal aseveración es razonable toda vez que, 'de permitir que la acción de tutela proceda meses o aún años después de proferida la decisión, se sacrificarían los principios de cosa juzgada y seguridad jurídica ya que sobre todas las decisiones judiciales se cerniría una absoluta incertidumbre que las desdibujaría como mecanismos institucionales legítimos de resolución de conflictos'.

(...) Justamente, porque la acción de tutela es un medio excepcional para la protección pronta y eficaz de tales derechos, se requiere que la acción se ejerza en un tiempo razonable, prudencial, requisito que garantiza la realización del principio de seguridad jurídica y, por ende, el de la cosa juzgada, al asegurar que la decisión judicial alcance el grado de certeza material, que la hace definitiva e inmutable.

Anótase que el término o plazo de inmediatez no es único. Eso explica que las diversas secciones del Consejo de Estado hayan fijado pautas diferentes sobre este aspecto.²

Por eso, la Sala Plena, como regla general, acoge un plazo de **seis meses**, contados a partir de la notificación o ejecutoria de la sentencia, según el caso, para determinar si la acción de tutela contra providencias judiciales se ejerce oportunamente.

16.1.- Con las precisiones anotadas, esta Corporación ha establecido que para efectos de establecer si la acción de tutela contra providencia judicial se ejerció oportunamente, se debe verificar que se haya presentado dentro de los 6 meses siguientes a la notificación o ejecutoria de la providencia cuestionada, según el caso.

Teniendo en cuenta lo establecido por la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, para el caso en concreto, la sentencia de segunda instancia del 28 de junio de 2024 proferida por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca no le ha sido notificada a La Previsora S.A. Compañía de

¹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección A. Sentencia de 7 de diciembre de 2021. Consejero Ponente: José Roberto SÁCHICA Méndez. Radicado No. 11001-03-15-000-2021-06936-00(AC)

² Original de la cita: "La Sección Primera en algunas ocasiones ha tomado un término equivalente al previsto para ejercer la acción de nulidad y restablecimiento del derecho, esto es, de cuatro meses y, en otras, ha manifestado que es de seis meses. La Sección Segunda ha sostenido que el término razonable para interponer la acción de tutela contra providencias judiciales no puede exceder de un año. Por su parte, las Secciones Cuarta y Quinta han fijado como razonable para su interposición un plazo de seis meses".

Seguros, no obstante, si se tiene en cuenta la notificación enviada a las demás partes el 17 de julio de 2024, los seis (6) meses para interponer la acción de tutela contra dicha providencia judicial finalizarían el 17 de enero de 2025.

IV.1.4. IDENTIFICACIÓN DE LOS HECHOS QUE GENERARON LA VIOLACIÓN Y DERECHOS AFECTADOS

Frente a este cuarto requisito general de procedibilidad de la acción de tutela contra providencias judiciales, el profesor Manuel Fernando Quinche Ramírez, resumiendo la jurisprudencia de la H. Corte Constitucional sobre el particular, pone de presente que *“el accionante debe satisfacer tres cuestiones: identificar los hechos que generaron la vulneración, señalar los derechos vulnerados y haber alegado la violación de esos derechos durante el proceso judicial que se haya surtido³”*.

Para el caso en concreto, se tiene que se encuentran acreditadas las tres cuestiones enunciadas antes, especialmente la última, pues de lo actuado en el proceso ordinario se tiene que La Previsora S.A. Compañía de Seguros alegó de forma oportuna la ausencia de cobertura de la póliza No. 1010647 dada su modalidad cobertura *“CLAIMS MADE”*.

IV.1.5. LA PRESENTE ACCIÓN NO SE DIRIGE CONTRA UNA SENTENCIA DE TUTELA

Frente a este último requisito general de procedibilidad de la acción de tutela contra providencias judiciales, se tiene efectivamente comprobado que la providencia controvertida no es una sentencia de tutela, pues la sentencia de segunda instancia del 28 de junio de 2024 proferida por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca se produjo en el marco del proceso de reparación directa adelantado por Duvar Alexis Quiñonez Cuero y otros en contra del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E y otros.

IV.2. REQUISITOS ESPECÍFICOS DE PROCEDIBILIDAD DE LA ACCIÓN DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES - DEFECTOS CONFIGURADOS

Según la jurisprudencia constitucional, una providencia judicial puede adolecer de los siguientes defectos, los cuales, a su vez, constituyen los requisitos específicos de procedibilidad de la acción de tutela contra providencias judiciales, a saber: defecto orgánico, defecto procedimental, defecto fáctico, defecto sustantivo, error inducido, decisión judicial sin motivación, desconocimiento del precedente y violación directa de la constitución.

Para el caso en concreto, debido a que son dos los defectos que se configuran de cara a la sentencia SN del 28 de junio de 2024 proferida por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca,

³ Quinche Ramírez, M. F. (2020). Vías de hecho. Acción de tutela contra providencias (Novena ed.). Editorial Temis S.A.

el análisis se limitará a estudiar la configuración del defecto factico y la decisión judicial sin motivación.

IV.2.1. DEFECTO FACTICO - POR OMISIÓN EN LA VALORACIÓN DE LAS CLÁUSULAS DE LA PÓLIZA.

La sentencia de segunda instancia proferida por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca incurrió en un defecto fáctico porque la corporación judicial omitió valorar el pacto contractual establecido en las condiciones generales de la póliza en relación con la modalidad temporal de cobertura acordada entre el tomador y asegurador.

La sentencia acusada desconoce el alcance contractual y jurisprudencial de la modalidad de cobertura *claims-made* pactada en el contrato. Es así como, además de establecer si el hecho amparado ocurrió en vigencia de la póliza, correspondía al Tribunal determinar, de conformidad con las pruebas del proceso, si la reclamación ocurrió dentro de la vigencia del seguro.

Para el caso concreto se destaca que la Póliza No. 1010647, utilizada como base de la convocatoria, su modalidad reclamación "*claims made*", fue definida en el condicionado particular, así:

por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza se efectúan las siguientes aclaraciones:

Modalidad de la reclamación: el sistema bajo el cual opera la presente póliza es por notificación de investigaciones y/o proceso por primera vez durante la vigencia de la póliza, derivados de hechos ocurridos en el periodo de retroactividad contratado, el cual se limita única y exclusivamente al inicio de la presente póliza

En ese mismo sentido en las condiciones generales de la Póliza No. 1010647, se estableció:

"CONDICIÓN PRIMERA – AMPAROS Y EXCLUSIONES

AMPAROS

1.AMPAROS CUBIERTOS

(...)

1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA:

PREVISORA SE OBLIGA A INDEMNIZAR EL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ÉSTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, **DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE**

COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).

Ahora bien, a partir de la Ley 389 de 1997 se incluyó la modalidad de aseguramiento denominada «*claims made*», conforme a la cual la póliza cubre todas las reclamaciones presentadas por primera vez durante su vigencia; empero, que la interpretación de ese pacto debe realizarse sistemáticamente con las normas que regulan el contrato de seguro en general y específicamente el de responsabilidad civil.

Con antelación a esta última, el artículo 1131 del Código de Comercio era claro en señalar que, en materia de seguro de responsabilidad, el siniestro se entendía ocurrido en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado, quedando cubierto por la póliza vigente para dicho momento. Sin embargo, a partir de la citada ley, se consagró la posibilidad de que, por un pacto expreso entre los contratantes, se límite temporalmente la cobertura, o incluso, se extienda a hechos anteriores a su vigencia, siempre que en ambos casos se cumpla con la exigencia de que la reclamación se haga dentro del lapso de vigencia de la convención.

Se permitió, entonces, no sólo los seguros basados en la ocurrencia del daño (*losses occurrence*), que constituyen la regla general, sino también los que se fundamentan en la reclamación (*claims made*), caracterizados porque el amparo únicamente se activa si, durante la vigencia del seguro, se hace el reclamo, de suerte que cesa el deber indemnizatorio después de extinguido.

En orden de lo comentado, la póliza que sirvió de base a la convocatoria, solo ofreció cobertura, para los eventos notificados y reclamados entre el **15 de febrero de 2015** al **01 de abril de 2016**, por ende, el amparo no protegía un reclamo como el que nos ocupa, que se hizo por primera vez el **07 de abril de 2016** (con el envío del traslado de la solicitud de conciliación el cual es uno de los requisitos para presentar dichas solicitudes), habida cuenta que este seguro, regido por las voces del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, cubría el reclamo, que se hubiere efectuado dentro del período de vigencia, y no por fuera de él, como ocurrió en este asunto. Situación que da al traste con la postura de que no se produjo para la aseguradora, el nacimiento de la obligación de indemnizar.

A todo lo anterior, cabe agregar que el H. Consejo de Estado ⁴en un caso de similares circunstancias donde una compañía aseguradora debatía en sede constitucional de tutela la aplicación de la cláusula Claims Made, dijo lo siguiente sobre desconocimiento de la naturaleza de la cobertura acordada por las partes:

En el caso concreto el Tribunal Administrativo de Caquetá hizo una interpretación errada

⁴ Consejo de Estado, Sección Cuarta. C.P. Jorge Octavo Ramírez, sentencia del 12 de febrero de 2019. Radicado No. 11001-03-15-000-2018-00027-01(AC).

del artículo 4° de la Ley 389 de 1997 al analizar la responsabilidad de la llamada en garantía -La Previsora S.A. Compañía de Seguros-, aplicando la cobertura por descubrimiento, propio del seguro de manejo y riesgos financieros, e incluso tratándolo como un seguro de responsabilidad por ocurrencia pura, cuando entre el asegurado y el tomador se suscribió una póliza de responsabilidad civil por reclamación o con cláusulas *claims made*. Es así que, además de establecer si el hecho amparado ocurrió en vigencia de la póliza, correspondía al Tribunal determinar, de conformidad con las pruebas del proceso, debió determinar si la reclamación ocurrió dentro de la vigencia del seguro.

Es así como se concluye que en el análisis del asunto no tiene relevancia que el hecho dañoso se hubiera materializado en vigencia de la póliza, lo determinante era que durante la vigencia se haya efectuado la reclamación, de acuerdo con la modalidad del seguro que se pactó entre las partes.

Todo lo anterior, evidencia que el operador judicial al emitir sentencia incurrió en un defecto fáctico, al no valorar en su integridad el material probatorio obrante en el expediente, concretamente la Póliza No. 1010647 y su clausulado, pues de haberlo hecho la decisión adoptada frente a la condena de la compañía aseguradora hubiese sido distinta.

IV.2.2. DECISIÓN JUDICIAL SIN MOTIVACIÓN

La providencia analizada incurre en lo que la jurisprudencia constitucional ha denominado una decisión judicial sin motivación, pues, a pesar de que tiene en cuenta la vinculación de La Previsora S.A. Compañía de Seguros efectuada mediante el llamamiento en garantía realizado por el asegurado, inexplicablemente decide omitir pronunciarse frente al clausulado y las condiciones pactadas dentro de la Póliza No. 1010647, entre las que se encuentra la modalidad de cobertura de la póliza por reclamación "*claims made*".

Caracterización del defecto de decisión sin motivación.

En la Sentencia C-590 de 2005, la Corte Constitucional consideró que esta causal se configura ante el incumplimiento por parte de los servidores judiciales de su obligación de dar cuenta de los fundamentos fácticos y jurídicos de sus decisiones; en atención a que, de manera fundamental, en esta actividad radica la proscripción de la arbitrariedad judicial y la fuente de su legitimidad funcional, en tanto se convierte en garantía de la sujeción del juez al ordenamiento jurídico y posibilita el posterior control sobre la razonabilidad de su decisión, a través, por ejemplo, de la interposición de los recursos respectivos.

Este tipo de falencia se distingue del defecto fáctico, en cuanto no se estructura a partir de la disconformidad entre la motivación de la sentencia y su parte resolutive, sino en la ausencia de razonamientos que sustenten lo decidido. Es evidente que una exigencia de racionalidad mínima de toda actuación judicial es que exprese los argumentos que hacen inferir la decisión

correspondiente. Cuando este ineludible presupuesto no puede verificarse, la sentencia contradice aspectos que hacen parte del núcleo esencial del derecho fundamental al debido proceso.

Sobre el defecto o causal específica de procedibilidad de la acción de tutela contra providencias judiciales que se estudia, el profesor Manuel Fernando Quinche Ramírez, resumiendo la jurisprudencia constitucional, dice lo siguiente:

En la redefinición dogmática de las causales genéricas de procedibilidad de la tutela contra providencias judiciales, finalmente consignada en la sentencia C-590 de 2005, se dijo que el defecto de la decisión judicial sin motivación “implica el incumplimiento de los servidores judiciales de dar cuenta de los fundamentos fácticos y jurídicos de sus decisiones en el entendido que precisamente en esa motivación reposa la legitimidad de su órbita funcional.

Más recientemente, en la sentencia T-015 de 2018 se dijo que en la decisión judicial sin motivación “el juez no da cuenta de los fundamentos fácticos y jurídicos de sus decisiones, o lo hace apenas de manera aparente, a pesar de que, precisamente, en tal motivación reposa la legitimidad de su órbita funcional y, por tanto, de las providencias que le compete proferir. Al respecto, ha dicho esta Corte que solo cuando “la argumentación es decididamente defectuosa, abiertamente insuficiente o, en últimas, inexistente, puede el juez de tutela intervenir en la decisión judicial para revocar el fallo infundado.

Visto lo anterior, se tiene que la providencia analizada incurre en el defecto aludido, pues en su parte considerativa frente a la vinculación de La Previsora S.A., no explica, ni tan siquiera se pronuncia sobre las condiciones pactadas dentro de la Póliza No. 1010647, entre las que se encuentra la modalidad de cobertura de la póliza por reclamación “*claims made*”, pasando por alto así, que la reclamación al asegurado se formuló fuera del límite temporal del seguro dejando por fuera de la cobertura, el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas. Siendo de este modo, que lo que debía hacer el tribunal, era evaluar si el hecho dañoso y la reclamación se habían presentado en vigencia de la póliza, pero resolvió fundamentar la responsabilidad de la llamada en garantía exclusivamente en la ocurrencia del hecho dañoso y omitió analizar si la reclamación se realizó dentro de los términos del contrato.

Lo anterior cobra mayor relevancia, pues se encuentra acreditado que La Previsora S.A. Compañía de Seguros, alegó de forma oportuna la ausencia de cobertura de la Póliza No. 1010647 dada su modalidad cobertura “*CLAIMS MADE*”; Por lo que, la decisión adoptada responde únicamente a la arbitrariedad del funcionario judicial y, en consecuencia, desconoce el derecho fundamental al debido proceso. Pues lo que debía evaluar el tribunal era si el hecho dañoso y la reclamación se habían presentado en vigencia de la póliza, pero resolvió fundamentar la responsabilidad de la llamada en garantía exclusivamente en la ocurrencia del hecho dañoso y omitió analizar si la reclamación se realizó dentro de los términos del contrato, de acuerdo con la modalidad del seguro que se pactó entre las partes.

Es por ello, que se solicita a esta Corporación estudiar el fallo judicial de segunda instancia y en caso de que se presente una violación del debido proceso por falta de motivación se ordene remitir la totalidad del expediente al Tribunal Administrativo del Valle, para que profiera el fallo correspondiente teniendo en cuenta las consideraciones jurisprudenciales sobre el deber de motivación.

IV.2.3. DEFECTO FACTICO – POR INDEBIDA VALORACIÓN PROBATORIA PARA ACREDITAR LA CAUSALIDAD

Según la jurisprudencia constitucional, el defecto fáctico tiene dos dimensiones, una positiva y otra negativa. La dimensión positiva se presenta cuando el juzgador aprecia pruebas que no ha debido admitir ni valorar, por haber sido indebidamente recaudadas, desconociendo de manera directa la Constitución. Por otro lado, la dimensión negativa se configura cuando el operador judicial niega o valora la prueba de manera arbitraria, irracional y caprichosa u omite su consideración, y sin razón valedera da por no probado el hecho o la circunstancia que de la misma emerge clara y objetivamente. Léase así:

El juez, en el ejercicio de su facultad de valoración, deja de apreciar una prueba fundamental para la solución del proceso, ignora sin razones suficientes elementos probatorios cruciales o, simplemente, efectúa un análisis ostensiblemente deficiente e inexacto respecto del contenido fáctico del elemento probatorio⁵

En el caso concreto se observa que obra el dictamen médico pericial rendido por la Universidad CES a través del Doctor Jorge Andrés Jaramillo García- Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, especialista en valoración del daño corporal y perito CENDES; No obstante, resulta preciso señalar que el juez de segunda instancia optó por abstenerse de realizar el análisis y pronunciamiento correspondiente sobre dicha prueba, a pesar de que fue presentada en la oportunidad procesal adecuada y, por lo tanto, cuenta con valor probatorio. Incurriendo de este modo en un defecto factico, al no valorar en su integridad el material probatorio obrante en el expediente.

Lo anterior, resulta relevante, pues de haberse tenido en consideración dicha prueba pericial, resulta probable que el operador judicial hubiese arribado a una conclusión diferente frente a la causalidad y la imputación del daño a la parte demandada. Tan es así, que dentro de esta providencia se presentó un salvamento de voto por parte del Magistrado Ronald Otto Cedeño, quien se apartó de la decisión tomada y en su disenso señaló lo siguiente:

Mi postura se sustenta en las conclusiones del dictamen pericial realizado por el especialista Jorge Andrés Jaramillo, prueba técnica que, por ser la más pertinente en

⁵ Sentencia T-803 de 2012, Corte Constitucional

este tipo de procesos de responsabilidad médica, es necesario sopesar con cuidado. En efecto, del dictamen pericial es posible llegar a las siguientes conclusiones:

- La no realización del Doppler cuando se solicitó, no se puede establecer como retraso directo y responsable de la muerte fetal, pues esta se presenta más en relación con un cuadro de abruptio de placenta que no hubiera sido determinado por la realización del Doppler.
- No necesariamente la no realización de los exámenes conlleva resultados adversos, ya que la diversidad de patrones de presentación es múltiple.
- No se puede establecer la relación entre la restricción del crecimiento con el desprendimiento prematuro de la placenta, pues no hay una relación de causalidad entre el uno y el otro.
- El abruptio de placenta no hay forma de anticiparse a su aparición, no hay manera de poder identificar que una paciente va a hacer un abruptio de placenta.

Todas estas aseveraciones del perito me llevan a respaldar el sentido del fallo apelado, siendo claro que, en mi opinión, no se logró acreditar la imputación del daño a la parte demandada, debiendo en consecuencia negarse las pretensiones de la demanda.

Siendo claro que, no se logró acreditar la imputación del daño a la parte demandada, pues no existe relación entre las patologías presentadas por la señora Lizeth Johanna Quiñonez, es decir, entre la “restricción del crecimiento intrauterino RCIU” y el “*abruptio* de placenta (desprendimiento de placenta)”, pues tal y como lo expusieron los testigos técnicos y el perito, la causa de la muerte del feto (*abruptio* de placenta) no tiene relación causal con la patología advertida durante el proceso de gestación y por la cual fue remitida la paciente de la Red Salud Oriente al HUV, esto es, RCIU. Así como tampoco, tiene relación de causalidad con una pérdida u oportunidad de sobrevida.

Así pues, es dable concluir que la muerte del feto no se produjo por la restricción del crecimiento o que el desprendimiento de la placenta se produjera a causa de la restricción del crecimiento, sino que se trata de un hecho aislado, impredecible que no proviene de una causa específica y puede afectar a cualquier mujer en gestación. Tampoco es dable considerar, por los mismos motivos, una pérdida u oportunidad de sobrevida.

Todo lo anterior, evidencia que el operador judicial al emitir su sentencia incurrió en un defecto factico, al no valorar en su integridad el material probatorio obrante en el expediente, pues de haberlo hecho la decisión adoptada hubiese sido distinta.

V. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

En virtud de lo consagrado en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, *“Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la*

protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública”

La Constitución Política prevé que son derechos fundamentales el de la igualdad (art. 13 C.P.), debido proceso (art. 29 C.P.) y el acceso a la administración de justicia (art. 229 C.P.).

En cuanto al derecho fundamental a la igualdad el artículo 13 Constitucional señala que “... recibirán la misma protección y trato de las autoridades...”, igualdad de trato que, como lo ha señalado la Corte Constitucional en Sentencia T-1023 de 2006, implica la “...*igualdad en la interpretación y en la aplicación de la ley*” por lo que el derecho de igualdad implica el respeto y aplicación del precedente judicial.

Lo anterior implica que el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca al proferir la Sentencia sin número del 28 de junio de 2024 vulneró el principio de igualdad al no interpretar y aplicar la ley, en especial, el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, como se le aplica a todas las personas que hacen parte de un contrato de seguro y que han acordado pactar la modalidad de cobertura denominada “*claims made*” o “reclamación hecha”.

En cuanto al derecho fundamental al debido proceso el artículo 29 señala que: “...*Nadie podrá ser juzgado sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa, ante juez o tribunal competente y con observancia de la plenitud de las formas propias de cada juicio...*”

Frente al derecho fundamental de acceso a la administración de justicia o tutela judicial efectiva, el artículo 229 Constitucional señala que “*Se garantiza el derecho de toda persona para acceder a la administración de justicia. (...)*”

Lo anterior implica que el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca al proferir Sentencia sin número del 28 de junio de 2024 vulneró las garantías constitucionales citadas pues la providencia en cuestión adolece de una falta de motivación pues en su parte considerativa frente a la vinculación de La Previsora S.A., no explica, ni tan siquiera se pronuncia sobre las condiciones pactadas dentro de la Póliza No. 1010647, entre las que se encuentra la modalidad de cobertura de la póliza por reclamación “*claims made*”, pasando por alto así, que la reclamación al asegurado se formuló fuera del límite temporal del seguro dejando por fuera de la cobertura, el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de pólizas. Siendo de este modo, que lo que debía hacer el tribunal, era evaluar si el hecho dañoso y la reclamación se habían presentado en vigencia de la póliza, pero resolvió fundamentar la responsabilidad de la llamada en garantía exclusivamente en la ocurrencia del hecho dañoso y omitió analizar si la reclamación se realizó dentro de los términos del contrato. A pesar de que las premisas fácticas y jurídicas del caso permitían indicar que la Póliza No. 1010647 por la cual el Hospital Universitario del Valle

“Evaristo García” llamó en garantía a mi procurada, no ofrecía cobertura para los hechos materia de litigio, el tribunal accionado sin explicación alguna decidió impartir condena a mi representada.

Con fundamento en las normas y jurisprudencia señalada, se puede colegir que la decisión adoptada por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca en la Sentencia SN del 28 de junio de 2024 proferida dentro del proceso de reparación directa adelantado por Duvar Alexis Quiñonez Cuero y Otros en contra del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E y Otros bajo el radicado No. 76001-33-33-018-2016-00189-01, vulneró los derechos fundamentales a la igualdad (art. 13 C.P.), al debido proceso (art. 29 C.P.) y al acceso a la administración de justicia (art. 229 C.P.) que le asisten a mi representada, La Previsora S.A. Compañía de Seguros, como se ha expuesto a lo largo de la presente acción constitucional de tutela.

VI. PRETENSIONES

Con base en los hechos y argumentos jurídicos aquí señalados, solicito respetuosamente al H. Consejo de Estado, como juez constitucional de tutela, disponer y ordenar al Tribunal Administrativo de Valle del Cauca en favor de la compañía de seguros accionante lo siguiente:

PRIMERO. Que se **AMPAREN** los derechos fundamentales a la **IGUALDAD** (Art. 13 C.P.), **DEBIDO PROCESO** (Art. 29 C.P.) y **ACCESO A LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA** (Art. 229 C.P.) a favor de mi representada **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

SEGUNDO. Que se **AMPARE** cualquier otro derecho fundamental constitucional que se estime vulnerado o amenazado de la lectura de los hechos y las pruebas con base en la facultad oficiosa del juez constitucional de tutela y el principio *iura novit curia*.

TERCERO. Que como consecuencia de la declaración que antecede, se **ORDENE DEJAR SIN EFECTOS** la Sentencia SN del 28 de junio de 2024 proferida por el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca con ponencia del Magistrado Jhon Erick Chaves Bravo dentro del proceso de reparación directa adelantado por Duvar Alexis Quiñonez Cuero y Otros en contra del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E y Otros bajo el radicado No. 76001-33-33-018-2016-00189-01.

CUARTO. Que como consecuencia de la declaración que antecede, se **ORDENE** al Tribunal Administrativo de Valle del Cauca **PROFERIR UNA DECISIÓN DE REEMPLAZO** de la Sentencia SN del 28 de junio de 2024 proferida dentro del proceso de reparación directa adelantado por Duvar Alexis Quiñonez Cuero y Otros en contra del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E y Otros bajo el radicado No. 76001-33-33-018-2016-00189-01; y, en su lugar, se tenga en cuenta la ausencia de cobertura temporal de la póliza dada su modalidad de cobertura

"Claims Made" y/o la ausencia de acreditación de la causalidad.

VII. PRUEBAS

Solicito se tengan como pruebas documentales las siguientes que se aportan:

1. Enlace de acceso al expediente en el aplicativo SAMAI del proceso con radicado No. 76001-33-33-018-2016-00189-01, adelantado por el señor Duvar Alexis Quiñonez Cuero y otros en contra del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E y Otros:
<https://samai.consejodeestado.gov.co/PaginasTransversales/DocumentosExpediente.aspx?numproceso=76001333301820160018901&corporacion=7600123>

En el anterior expediente del aplicativo SAMAI se encuentra tanto la actuación llevada a cabo ante el Juzgado Administrativo Dieciocho (18º) del Circuito de Cali como el trámite de la segunda instancia ante el Tribunal Administrativo de Valle del Cauca con ponencia del Magistrado Jhon Erick Chaves Bravo.

2. Copia de la Carátula y el Clausulado general y particular de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1010647.
3. Sentencia de tutela proferida por la Sección Cuarta del Consejo de Estado, C.P. Jorge Octavo Ramírez, en el proceso bajo radicado 11001-03-15-000-2018-00027-01(AC) del 12 de febrero de 2019.

VIII. ANEXOS

1. Poder especial conferido al suscrito.
2. Certificado de existencia y representación legal de La Previsora S.A. Compañía de Seguros.
3. Las pruebas documentales mencionadas en el acápite anterior.

IX. JURAMENTO

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que, por los mismos hechos y derechos, no he presentado petición similar ante ninguna autoridad judicial.

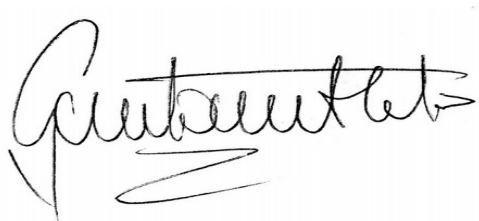
X. NOTIFICACIONES

A la parte accionada. TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE VALLE DEL CAUCA, en la dirección de correo electrónico: s01tadvalle@cendoj.ramjudicial.gov.co

A mi representada, LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en la CI 57 No. 9 – 07 de la ciudad de Bogotá D.C, correo electrónico: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

Al suscrito, en la Avenida 6 A Bis No. 35N–100, Oficina 212, Centro Empresarial Chipichape de la ciudad de Cali; correo electrónico: 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. J.

PÓLIZA N°

1010647

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT. 880.002.400-2

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 17 MES 2 AÑO 2015			CERTIFICADO DE EXPEDICION			N° CERTIFICADO 0			CIA. PÓLIZA LIDER N°			CERTIFICADO LIDER N°			A.P. NO																																																																																		
TOMADOR 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA									NIT 890.303.461-2																																																																																								
DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO 5561131																																																																																								
ASEGURADO 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA									NIT 890.303.461-2																																																																																								
DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO 5561131																																																																																								
EMITIDO EN CALI			CENTRO OPER. SUC			EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS																																																																																		
MONEDA Pesos						DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO																																																																																					
TIPO CAMBIO 1.00			404 4			17 2 2015			15 2 2015 00:00			1 1 2016 00:00			320																																																																																		
CARGAR A: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE,									FORMA DE PAGO 23. AUTORIZACION VIC			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00																																																																																					
Riesgo: 1 - KR 5 36 08, CALI, VALLE DEL CAUCA Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES AMPAROS CONTRATADOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Amparo</th> <th>Valor Asegurado</th> <th>AcumVA</th> <th>Prima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>SI</td> <td>210,410,958.90</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$ NINGUNO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>GASTOS JUDICIALES</td> <td></td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="5">LIMITE AGREGADO ANUAL 300,000,000.00</td> </tr> <tr> <td colspan="5">LIMITE POR EVENTO O PERSONA 150,000,000.00</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$ NINGUNO</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>GASTOS MEDICOS</td> <td></td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="5">LIMITE AGREGADO ANUAL 1,000,000,000.00</td> </tr> <tr> <td colspan="5">LIMITE POR EVENTO O PERSONA 400,000,000.00</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>DANOS EXTRAPATRIMONIALES</td> <td>200,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$ NINGUNO</td> </tr> </tbody> </table> BENEFICIARIOS Nombre/Razón Social Documento Porcentaje Tipo Benef TERCEROS AFECTADOS NIT 666520008 100.000 % NO APLICA RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV Texto Continúa en Hojas de Anexos...																		No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima	5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	210,410,958.90	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$ NINGUNO					1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00	2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00	4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00	6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00	10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00	LIMITE AGREGADO ANUAL 300,000,000.00					LIMITE POR EVENTO O PERSONA 150,000,000.00					Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$ NINGUNO					7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00	LIMITE AGREGADO ANUAL 1,000,000,000.00					LIMITE POR EVENTO O PERSONA 400,000,000.00					9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	200,000,000.00	NO	0.00	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$ NINGUNO				
No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima																																																																																													
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	210,410,958.90																																																																																													
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$ NINGUNO																																																																																																	
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00																																																																																													
LIMITE AGREGADO ANUAL 300,000,000.00																																																																																																	
LIMITE POR EVENTO O PERSONA 150,000,000.00																																																																																																	
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$ NINGUNO																																																																																																	
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00																																																																																													
LIMITE AGREGADO ANUAL 1,000,000,000.00																																																																																																	
LIMITE POR EVENTO O PERSONA 400,000,000.00																																																																																																	
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	200,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$ NINGUNO																																																																																																	
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA 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 TARDIO DE LA PRIMA NO REHABILITA EL CONTRATO. EN ESTE CASO LA COMPAÑIA SOLO SE OBLIGA A DEVOLVER LA PARTE NO DEVENGADA DE LA PRIMA EXTEMPORANEAMENTE																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRIMA</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$***210,410,958.90</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GASTOS</td> <td>\$*****0.00</td> </tr> <tr> <td>IVA-RÉGIMEN COMÚN</td> <td>\$**33,665,753.42</td> </tr> <tr> <td>AJUSTE AL PESO</td> <td>\$*****-0.32</td> </tr> <tr> <td>TOTAL A PAGAR EN PESOS</td> <td>\$*244,076,712.00</td> </tr> </tbody> </table>																		PRIMA		\$***210,410,958.90		GASTOS	\$*****0.00	IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$**33,665,753.42	AJUSTE AL PESO	\$*****-0.32	TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*244,076,712.00																																																																				
PRIMA																																																																																																	
\$***210,410,958.90																																																																																																	
GASTOS	\$*****0.00																																																																																																
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$**33,665,753.42																																																																																																
AJUSTE AL PESO	\$*****-0.32																																																																																																
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*244,076,712.00																																																																																																
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGUN RESOLUCIÓN No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996. LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE. SEGUN DECRETO REGLAMENTARIO No 2509 DE 1985. SOMOS AUTORETENEDORES DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA PARA LA EQUIDAD CREE SEGUN DECRETO 1826 DEL 23 DE AGOSTO DE 2013.																																																																																																	
30/10/2015 09:32:06 FIRMA Y SELLO AUTORIZADO EL TOMADOR																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DISTRIBUCIÓN</th> <th colspan="4">INTERMEDIARIOS</th> </tr> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>COMPANIA</th> <th>%</th> <th>PRIMA</th> <th>CLAVE</th> <th>CLASE</th> <th>NOMBRE</th> <th>%</th> <th>COMISIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1142</td> <td>1</td> <td>PIZANO Y ECHEVERRI Y A</td> <td>15.00</td> <td>31,561,643.8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																		DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				CÓDIGO	COMPANIA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN	1142	1	PIZANO Y ECHEVERRI Y A	15.00	31,561,643.8																																																										
DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS																																																																																													
CÓDIGO	COMPANIA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN																																																																																									
1142	1	PIZANO Y ECHEVERRI Y A	15.00	31,561,643.8																																																																																													

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010647 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

INTERES ASEGURADO

Se ampara la Responsabilidad Civil por los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales (al 100%), que el asegurado cause a terceros en razón a la responsabilidad civil en que incurra como consecuencia de cualquier acto médico, derivados de la prestación de servicios profesionales de la atención en la salud de las personas, como también los que provengan de acciones u omisiones de sus empleados y/o de profesionales y/o auxiliares intervinientes con relación al acto médico en relación de dependencia a o no con el asegurado, igualmente se cubre la responsabilidad civil que provenga de un evento que cause daños materiales y/o lesiones corporales a terceros.

COBERTURAS

Responsabilidad civil medica
Uso de Equipos de Diagnostico y Terapia
Errores u omisiones Profesionales
Pagos de cauciones, fianzas y Costas
Predios labores y operaciones
PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES
Gastos judiciales
GASTOS MEDICOS

**LIMITE ASEGURADO
EVENTO / VIGENCIA**
\$2.000.000.000

20.000.000 / 200.000.000
300.000.000 / 600.000.000
400.000.000 / 1.000.000.000.000

CONDICIONES / COBERTURAS / CLAUSULAS - OBLIGATORIAS

- AMPAROS Y COBERTURAS BASICAS OBLIGATORIAS:

- * Responsabilidad Civil Profesional por cualquier Acto Médico de Clínicas y Hospitales u otro tipo de establecimientos o Instituciones médicas. Sublímite para Perjuicios Extrapatrimoniales de \$ 20.000.000 Evento y \$ 200.000.000 vigencia
- * Actos de responsabilidad que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al acto médico,
- * Asistencia médica de emergencia a persona o personas en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
- * Lesiones corporales a terceros, por suministro de productos necesarios para la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la Institución Asegurada.
- * Responsabilidad Civil Profesional cometida por personal médico adscrito o autorizado mediante un convenio especial, siempre y cuando figure en una relación que se adhiere a este seguro y forma parte de la misma.
- * Responsabilidad Civil Profesional por el uso de equipos médicos con fines de tratamiento, de terapia o de diagnóstico, siempre y cuando estén reconocidos por la ciencia médica.
- * Responsabilidad civil profesional por el suministro de bebidas y alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos que hayan sido elaborados por el Asegurado bajo supervisión directa.
- * Responsabilidad civil profesional médica como consecuencia de la asistencia médica de emergencia a personas, en cumplimiento de una acción legal.
- * Gastos y costos por cauciones judiciales o fianzas. Solo se reconoce la prima de la caución judicial con tasa máximo del 8%
- * Responsabilidad Civil profesional por cirugías prácticas o estéticas que estén contempladas dentro del POS, o como consecuencia de un fallo emitido a favor de un paciente por tutea, como cirugías bariátricas, reconstrucción del seno, cirugías a consecuencia de un accidente o por cirugías reconstructivas de anomalías congénitas.
- * Estética solamente accidental. Sublímite de \$ 15.000.000 por Evento y \$ 100.000.000 Vigencia
- * Cobertura de responsabilidad civil profesional por estudios y ensayos clínicos patrocinados por entidades varias, de orden nacional o internacional.

Limites solicitados:

- Gastos médicos incluyendo personal del asegurado: Por evento 20% del valor asegurado, 50% del valor asegurado por vigencia.
- Daños Morales Por evento 25% del valor asegurado, 50% del valor asegurado por vigencia.
- Gastos y costos de defensa Por evento 15% del valor asegurado, 30% del valor asegurado por vigencia.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010647 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

CLAUSULAS ADICIONALES OBLIGATORIAS

- Modalidad de reclamación: El sistema bajo el cual opera la presente póliza es por notificación de investigaciones y/o procesos por primera vez durante la vigencia de la póliza, derivados de hechos ocurridos en el periodo de retroactividad contratado.
- * Amparo automático de nuevos predios y operaciones
- * Ampliación plazo de aviso de siniestro a (60) días.
- * Revocación de la póliza con aviso previo de (60) días
- * Indemnización por clara evidencia sin que exista previo fallo judicial.
- * Errores y omisiones no intencionales
- * No aplicación de deducibles para gastos médicos.
- * Eventos adversos.
- * Anticipo de indemnización 50%, Según respuesta observaciones se aclara que este anticipo es solo para honorarios.
- * Requisitos para pago de indemnización
- * Arbitramento
- * Designación de ajustadores. Se tendrá en cuenta dentro de la terna de ajustadores nombrados para atender cualquier reclamación del Asegurado, la siguiente lista, la cual será definida directamente por el Asegurado: firma que tenga sede en la ciudad de Cali, - Propuestos
- * Amparar los costos e interés por los cuales sea responsable la entidad desde la sentencia se declare en firme o desde que se pronuncie el laudo arbitral, o desde el acuerdo conciliatorio o transaccional hasta cuando la compañía haya reembolsado a la entidad en tales gastos.
- * Experticio técnico y/o profesional.

/mgh

PÓLIZA N°

1010647

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 6 MES 10 AÑO 2015			CERTIFICADO DE MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA			N° CERTIFICADO 1			CIA. PÓLIZA LIDER N°			CERTIFICADO LIDER N°			A.P. NO																																																																																		
TOMADOR 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA									NIT 890.303.461-2																																																																																								
DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO 5561131																																																																																								
ASEGURADO 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA									NIT 890.303.461-2																																																																																								
DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO 5561131																																																																																								
EMITIDO EN CALI			CENTRO OPER			SUC			EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS																																																																															
MONEDA Pesos									DÍA MES AÑO			DESDE AÑO			A LAS			DÍA MES AÑO			HASTA A LAS																																																																												
TIPO CAMBIO 1.00			404			4			6			10			2015			15			2			2015			00:00			1			1			2016			00:00			320																																																							
CARGAR A: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE,									FORMA DE PAGO 4. CONTADO - 30									VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 0.00																																																																															
Riesgo: 1 - KR 5 36 08, CALI, VALLE DEL CAUCA Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES AMPAROS CONTRATADOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Amparo</th> <th>Valor Asegurado</th> <th>AcumVA</th> <th>Prima</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>SI</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA</td> <td>Mínimo 9,000,000.00 \$</td> <td>NINGUNO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES</td> <td>2,000,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>GASTOS JUDICIALES</td> <td></td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>LIMITE AGREGADO ANUAL</td> <td>300,000,000.00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>LIMITE POR EVENTO O PERSONA</td> <td>150,000,000.00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA</td> <td>Mínimo 9,000,000.00 \$</td> <td>NINGUNO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>GASTOS MEDICOS</td> <td></td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>LIMITE AGREGADO ANUAL</td> <td>1,000,000,000.00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>LIMITE POR EVENTO O PERSONA</td> <td>400,000,000.00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>DANOS EXTRAPATRIMONIALES</td> <td>200,000,000.00</td> <td>NO</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA</td> <td>Mínimo 9,000,000.00 \$</td> <td>NINGUNO</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> BENEFICIARIOS Nombre/Razón Social Documento Porcentaje Tipo Benef TERCEROS AFECTADOS NIT 666520008 100.000 % NO APLICA RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV Texto Continua en Hojas de Anexos...																		No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima	5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	0.00		Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 9,000,000.00 \$	NINGUNO		1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00	2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00	4	**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00	6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00	10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00		LIMITE AGREGADO ANUAL	300,000,000.00				LIMITE POR EVENTO O PERSONA	150,000,000.00				Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 9,000,000.00 \$	NINGUNO		7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00		LIMITE AGREGADO ANUAL	1,000,000,000.00				LIMITE POR EVENTO O PERSONA	400,000,000.00			9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	200,000,000.00	NO	0.00		Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 9,000,000.00 \$	NINGUNO	
No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima																																																																																													
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	0.00																																																																																													
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 9,000,000.00 \$	NINGUNO																																																																																														
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
4	**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00																																																																																													
	LIMITE AGREGADO ANUAL	300,000,000.00																																																																																															
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	150,000,000.00																																																																																															
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 9,000,000.00 \$	NINGUNO																																																																																														
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00																																																																																													
	LIMITE AGREGADO ANUAL	1,000,000,000.00																																																																																															
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	400,000,000.00																																																																																															
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	200,000,000.00	NO	0.00																																																																																													
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 9,000,000.00 \$	NINGUNO																																																																																														
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO. (ARTICULOS 81 Y 82 DE LA LEY 45/90 Y ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO) EL PAGO TARDIO DE LA PRIMA NO REHABILITA EL CONTRATO EN ESTE CASO LA COMPAÑIA SOLO SE OBLIGA A DEVOLVER LA PARTE NO DEVENGADA DE LA PRIMA EXTEMPORANEAMENTE									<table border="1"> <tr> <td>PRIMA</td> <td>\$*****0.00</td> </tr> <tr> <td>GASTOS</td> <td>\$*****0.00</td> </tr> <tr> <td>IVA-RÉGIMEN COMÚN</td> <td>\$*****0.00</td> </tr> <tr> <td>AJUSTE AL PESO</td> <td>\$*****0.00</td> </tr> <tr> <td>TOTAL A PAGAR EN PESOS</td> <td>\$*****0.00</td> </tr> </table>									PRIMA	\$*****0.00	GASTOS	\$*****0.00	IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$*****0.00	AJUSTE AL PESO	\$*****0.00	TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*****0.00																																																																						
PRIMA	\$*****0.00																																																																																																
GASTOS	\$*****0.00																																																																																																
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$*****0.00																																																																																																
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00																																																																																																
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*****0.00																																																																																																
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGUN RESOLUCIÓN No. 7029 DEL 22-11-96 EXENTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE - DECRETO 2128/83 ARTICULO 21																																																																																																	
30/10/2015 08:32:14 <i>[Firma]</i> FIRMA Y SELLO AUTORIZADO									EL TOMADOR																																																																																								
DISTRIBUCIÓN									INTERMEDIARIOS																																																																																								
CÓDIGO	COMPANIA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN																																																																																									
				1142	1	PIZANO Y ECHEVERRI Y A																																																																																											



HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No. 1010647 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA

1

Por medio del presente anexo el cual forma parte integrante de la póliza se efectúan las siguientes aclaraciones:

1-) Modalidad de reclamación: EL sistema bajo el cual opera la presente Póliza es por notificación de Investigaciones y/o Procesos por primera vez durante la vigencia de la Póliza, derivados de hechos ocurridos en el periodo de Retroactividad contratado, el cual se limita única y exclusivamente al inicio de la vigencia de la Presente póliza.

2-) Se excluyen los Daños Morales del 25% por Evento y 50% del valor asegurado por vigencia, los cuales se encuentran incluidos en la cobertura Básica de la Póliza como Perjuicios Extrapatrimoniales de \$ 20.000.000 por Evento y \$ 200.000.000 por Vigencia.

3-) No se otorga Clausula de Extensión de Cobertura.

Todos los demas terminos y/o condiciones no modificados por el presente anexo, continuan en vigencia.

/mgh

PÓLIZA N°

1010647

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 850.002.400-2

PREVISORA

S E G U R O S

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 13 MES 1 AÑO 2016	CERTIFICADO DE PRORROGA	N° CERTIFICADO 2	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO
TOMADOR 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA			NIT 890.303.461-2		
DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA			TELÉFONO 5561131		
ASEGURADO 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA			NIT 890.303.461-2		
DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA			TELÉFONO 5561131		
EMITIDO EN CALI	CENTRO OPER	SUC	EXPEDICIÓN		
MONEDA Pesos			VIGENCIA		
TIPO CAMBIO 1.00	404	4	DÍA 13 MES 1 AÑO 2016	DESDE AÑO 2016	HASTA AÑO 2016
			00:00	1	3
			00:00	00:00	60
CARGAR A: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE			FORMA DE PAGO 4. CONTADO - 30		
			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00		

Riesgo: 1 -
KR 5 36 08, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	39,452,054.79
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$		NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	1,000,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	400,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	200,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$		NINGUNO	
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	300,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	150,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$		NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOS

Documento
NIT 666520008

Porcentaje Tipo Benef
100.000 % NO APLICA

RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$****39,452,054.79
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***6,312,328.77
AJUSTE AL PESO	\$*****0.44
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$**45,764,384.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996. LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No. 2509 DE 1985.

25/10/2016 17:31:29

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				1142	1	PIZANO Y ECHEVERRI Y A	15.00 5,917,808.22

OFICINA PRINCIPAL: CALLE 57 NO. 9-07 - BOGOTÁ. LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN BOGOTÁ 3487555. A NIVEL NACIONAL 018000 910 554 Y DESDE CELULAR # 345. PRESENTE SUS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS O SUGERENCIAS VÍA TELEFÓNICA, PÁGINA WEB, contactenos@previsora.gov.co, SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA O POR EL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO. TELÉFAX: (1) 0108161 / 6750385, defensor@previsora.gov.co

- COPIA -

SISE-U-001-4



HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1010647 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: PRORROGA

2

A SOLICITUD DEL ASEGURADO, SEGUN COMUNICACION No. 04.01.03, SE PRORROGA LA PRESENTE POLIZA POR LA VIGENCIA ARRIBA INDICADA.

/mgh

PÓLIZA N°

1010647

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA MES AÑO 11 3 2016	CERTIFICADO DE PRORROGA	N° CERTIFICADO 3	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO
TOMADOR 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA			NIT 890.303.461-2 TELÉFONO 5561131		
ASEGURADO 7999-HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA DIRECCIÓN CL 5 KR 36 - 08, CALI, VALLE DEL CAUCA			NIT 890.303.461-2 TELÉFONO 5561131		
EMITIDO EN CALI	CENTRO OPER SUC	EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 11 3 2016	VIGENCIA DESDE A LAS HASTA A LAS 1 3 2016 00:00 1 4 2016 00:00		NÚMERO DE DIAS 31
MONEDA Pesos					
TIPO CAMBIO 1.00	404 4				
CARGAR A: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE			FORMA DE PAGO 4. CONTADO - 30	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00	

Riesgo: 1 -
KR 5 36 08, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	20,383,561.64
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$		NINGUNO	
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	300,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	150,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$		NINGUNO	
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	1,000,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	400,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	200,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 9,000,000.00 \$		NINGUNO	

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOSDocumento
NIT 666520008Porcentaje Tipo Benef
100.000 % NO APLICA

RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

Texto Continua en Hojas de Anexos...

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

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

PRIMA	\$****20,383,561.64
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***3,261,369.86
AJUSTE AL PESO	\$*****-0.50
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$**23,644,931.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 7029 DEL 22 DE NOVIEMBRE DE 1996. LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE. SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No. 2509 DE 1985.

28/07/2016 10:54:45

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				1142	1	PIZANO Y ECHEVERRI Y A	15.00 3,057,534.25

OFICINA PRINCIPAL: CALLE 57 NO. 9-07 - BOGOTÁ. LÍNEAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE: EN BOGOTÁ 3487550, A NIVEL NACIONAL 018000 910 554 Y DESDE CELULAR # 345. PRESENTE SUS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS O SUGERENCIAS VÍA TELEFÓNICA, PÁGINA WEB, contactenos@previsora.gov.co, SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA O POR EL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO TELEFAX: (1) 6108161 / 6750355, defensor@previsora@startrabogados.com

- COPIA -

SISE-U-001-4

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No. 1010647 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: PRORROGA

3

A SOLICITUD DEL ASEGURADO, SEGUN COMUNICACION No. 04.01.03, SE PRORROGA LA PRESENTE POLIZA POR LA VIGENCIA ARRIBA INDICADA.

/mgh

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIONES GENERALES

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

CONDICIÓN PRIMERA

AMPAROS

AMPAROS CUBIERTOS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL:

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

A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, NO SE CONSIDERA COMO TERCEROS A:
 - 1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
 - 2) LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURÍDICA, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ESTE.
 - 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUS DEPENDIENTES;
 - 4) LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS.
SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 1), 2), 3) Y 4) SERÁN CONSIDERADOS COMO TERCEROS

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MÉDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

1.3 **PREVISORA** SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE **PREVISORA** POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL.

1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.

1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FIEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.
- c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL

ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

2.1 LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO DIRECTORES EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.

2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.

2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.

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

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

2.6 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.

2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

2.8 ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL "PACIENTE", DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



2.9 EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO.

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

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

2.12 TRANSмутACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.

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

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

2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.

2.16 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.

2.17 CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO

MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.

2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.

2.19 LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A "PACIENTES" EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.

2.20 "RECLAMOS" POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL "PACIENTE" Y/O OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL "PACIENTE", Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO "PACIENTE" POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.

2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.

2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.

2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL "PACIENTE".
- 2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- 2.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE Pactos o convenios que vayan más allá del alcance de la responsabilidad civil del asegurado, o mediante los cuales el asegurado asuma o pretenda asumir la responsabilidad de otros.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
- 2.34 PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.35 "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS

SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
 - 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
 - 2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
 - 2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
 - 2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRÁCTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DERIVADA DE:
 - a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIERA RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
 - b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
 - c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.

CONDICIÓN SEGUNDA

GARANTÍAS DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

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

1. Que exigirá a todos los profesionales de la medicina a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:
 - a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normas pertinentes, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
 - b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirvan como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
 - c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto

lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)
- e) Entregar a PREVISORA, o al representante nombrado por el Asegurado, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del Asegurado.
- f) Colaborar con el Asegurado, o al representante nombrado por el Asegurado, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.
- g) Cooperar con PREVISORA, o con el representante nombrado por PREVISORA, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo "reclamo" o litigio.
- h) Prestar a PREVISORA, o al representante nombrado por PREVISORA, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (Deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- i) Colaborar con PREVISORA, o con el representante nombrado por PREVISORA, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que PREVISORA encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- j) Permitir a PREVISORA efectuar transacciones o consentir sentencias.
- k) No efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o "indemnización" sin el previo consentimiento por escrito del Asegurado.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



l) Conservar en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de "pacientes", elaborando en forma prolija un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fecha de calibración, etc.

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

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

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

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

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

CONDICIÓN TERCERA

SUMA ASEGURADA

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

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

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

- El número de individuos y/o organizaciones aseguradas
- El número de "reclamos" y/o demandas reportadas
- El número de personas y/o organizaciones presentando "reclamos" y/o demandas

c) **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, **PREVISORA** responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem "Límite Agregado Anual de Cobertura" de las Condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.

d) **No-Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad de **PREVISORA**, será considerado como un solo acto médico y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectuaren una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

CONDICIÓN CUARTA

DEDUCIBLE

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

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

CONDICIÓN QUINTA

PERSONAS ASEGURADAS

a) Se considerará como "Asegurado" al establecimiento médico asistencial, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN SEXTA

PRIMA

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

CONDICIÓN SÉPTIMA

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

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

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

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

CONDICIÓN OCTAVA

DENUNCIA DE "RECLAMOS"

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

La notificación escrita para **PREVISORA** deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

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

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

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

b) También se consideran como Asegurado las siguientes personas:

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

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

- Los empleados y trabajadores voluntarios.

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

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN NOVENA

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

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

CONDICIÓN DÉCIMA

EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

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

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

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

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

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

- Someter por escrito su solicitud a PREVISORA, dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- Pagar de contado la prima correspondiente.

Cumplidas las condiciones anteriores, PREVISORA:

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

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

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

DEFENSA EN JUICIO CIVIL

En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado, el mismo deberá dar aviso fehaciente a PREVISORA de la demanda promovida, a más tardar el día hábil siguiente al de haber recibido la notificación, y estará obligado a remitir simultáneamente a PREVISORA la póliza y todos los documentos que pertenezcan a dicha notificación.

El Asegurado está obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba de que disponga, y a otorgar en favor de los profesionales designados el poder para el ejercicio de la representación judicial, entregando el respectivo documento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda, y a cumplir con los actos procesales que las leyes le impongan.

En el evento en que el asegurado sea directamente demandado por el tercero afectado, el asegurado deberá asumir la defensa y suministrarle a PREVISORA, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio y proceder a su citación en garantía.

PREVISORA no podrá realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del asegurado. Sin embargo, en caso de que el asegurado rehusara a consentir el acuerdo propuesto por PREVISORA y optara por la continuación de la acción judicial o cualquier otro procedimiento legal relacionado con el reclamo, deberá dejarse por escrito entre PREVISORA y el asegurado que la responsabilidad total de PREVISORA por dicho siniestro no podrá exceder el monto por el cual el reclamo hubiese sido conciliado, incluyendo los gastos, costos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo por parte del asegurado.

- a) **Medidas Precautelativas:** Si se dispusiesen medidas precautelativas sobre bienes del

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por PREVISORA, mediante noticia escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el Asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a PREVISORA. En todo caso las partes sujetas a lo establecido en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

CLÁUSULA COMPROMISORIA

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

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

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

Asegurado, éste no podrá exigir que PREVISORA las sustituya.

- b) **"Costas, gastos, intereses y honorarios":** PREVISORA asume a su cargo, el pago de las costas judiciales, intereses en causa civil, y de los gastos extrajudiciales en que se incurra para oponerse a las pretensiones del tercero, en demandas infundadas o no, sin embargo, cualquiera que fuese el resultado del litigio, el monto de dicho concepto no podrá superar el 100% de la suma asegurada, o del sublímite el excedente quedará a cargo del asegurado.

- c) **Opción del Asegurado:** En cualquier momento, PREVISORA, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte de PREVISORA en perjuicio del Asegurado, podrá hacer pago o depósito judicial de la Suma Asegurada, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, hecho mediante el cual PREVISORA quedará liberado de los gastos y costas que se devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del(de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que generó la responsabilidad del Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

PROCESO PENAL

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

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

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

SUBROGACIÓN

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

RETICENCIA

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

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, PREVISORA podrá en cualquier momento pagar la suma asegurada o, en su caso, el remanente de la suma asegurada aplicable



o cualquier monto inferior por el cual se pueda acordar extrajudicialmente el reclamo. Luego de ello, PREVISORA abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- PREVISORA tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado - incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc. - en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- De igual manera, PREVISORA tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.
- También, PREVISORA podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un periodo de 3 (tres) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

OTROS SEGUROS

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

CESIÓN DE DERECHOS

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

DEFINICIONES

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

médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.

- h) Reclamo:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el Asegurado o su Asegurado, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un "acto médico" y/o "evento".

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

- Agravación del Riesgo

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

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

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

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

- 1. Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden por tales los hechos dañinos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



2. Hechos de Guerra Civil: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre los habitantes del país, o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

3. Hechos de Rebelión: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado que pretenda derrocar el Gobierno Nacional, o suprimir o modificar el régimen constitucional o legal vigente.

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

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

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

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

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

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

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

8. Hechos de Terrorismo: Se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la

libertad de las personas o las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fluidos o fuerzas motrices valiéndose de medios para causar estragos.

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

9. Hechos de Huelga: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o

b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivo el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

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

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

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



CONDICIONES GENERALES

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

CONDICIÓN PRIMERA

AMPAROS AMPAROS CUBIERTOS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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

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

- 1.3 **PREVISORA** SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE **PREVISORA** POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL.

- 1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.

- 1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.

- c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA

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

EXCLUSIONES

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

2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.

2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.

2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.

2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.

2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL "PACIENTE".

2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.

2.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES

EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.

2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.

2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.

2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.

2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

2.33 DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

2.34 PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.

2.35 "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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

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

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

- a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
- b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
- c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS. ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

CONDICIÓN SEGUNDA

GARANTÍAS DEL ASEGURADO

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

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

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

con el Asegurado:

- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normas pertinentes, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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

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

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

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

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

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

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

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

CONDICIÓN TERCERA

SUMA ASEGURADA

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

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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

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

CONDICIÓN CUARTA

DEDUCIBLE

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

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

CONDICIÓN QUINTA

PERSONAS ASEGURADAS

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

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

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

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

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

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

- Los empleados y trabajadores voluntarios.

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

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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

CONDICIÓN SEXTA

PRIMA

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

CONDICIÓN SÉPTIMA

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

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

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

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

CONDICIÓN OCTAVA

DENUNCIA DE "RECLAMOS"

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

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

tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

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

CONDICIÓN NOVENA

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

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

CONDICIÓN DÉCIMA

EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

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

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

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

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

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006

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

- Pagar de contado la prima correspondiente

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

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

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

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

DEFENSA EN JUICIO CIVIL

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

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

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



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

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

PROCESO PENAL

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

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

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

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

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

CLÁUSULA COMPROMISORIA

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

SUBROGACIÓN

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

necesarios para garantizar tales derechos.

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

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

RETICENCIA

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

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

OTROS SEGUROS

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

CESIÓN DE DERECHOS

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

DEFINICIONES

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

- Agravación del Riesgo

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

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

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

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

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

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

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

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

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

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

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

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

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ACCIÓN DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIA JUDICIAL en medio de Control de Reparación Directa / DEFECTO SUSTANTIVO – Se configura al aplicar erróneamente una disposición normativa / DEFECTO FÁCTICO - Se configura al interpretar erróneamente las cláusulas del contrato de seguro de responsabilidad civil / CONTRATO DE SEGURO - Modalidad claim made o de reclamación hecha

De acuerdo con las pruebas del contrato se tiene que entre la accionante [compañía aseguradora] y la ESE HMI se suscribió una póliza de responsabilidad civil con cobertura por reclamación o con cláusulas claims made, y con vigencia del 4 de octubre de 2007 al 4 de octubre de 2008. La cobertura con cláusula claim made implica que la reclamación por ocurrencia del hecho dañoso se realice dentro de la vigencia de la póliza o su extensión, si se pacta. El Tribunal Administrativo de Caquetá resolvió la responsabilidad de la llamada en garantía aplicando una disposición normativa que no se corresponde con las cláusulas de la póliza suscrita entre las partes, pues a pesar de tratarse de una cobertura por reclamación, la autoridad judicial aplicó la teoría del descubrimiento, y expuso que dado que el hecho dañoso ocurrió en vigencia de la póliza, este debía ser asumido por la aseguradora; aseveración que desconoce la naturaleza de la cobertura acordada por las partes según la cual el hecho y la reclamación debían ocurrir en vigencia de la póliza. (...). Para la Sala la lectura literal de la cláusula décima [del contrato de seguro] permite concluir que el periodo de extensión de reclamos está condicionado a la contratación del anexo que así lo estipule, y que requiere que se cumpla con requisitos como la radicación de un escrito por parte del asegurado 30 días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza y el pago de una suma adicional. (...) En el caso concreto el Tribunal Administrativo de Caquetá hizo una interpretación errada del artículo 4° de la Ley 389 de 1997 al analizar la responsabilidad de la llamada en garantía [aseguradora], aplicando la cobertura por descubrimiento, propio del seguro de manejo y riesgos financieros, e incluso tratándolo como un seguro de responsabilidad por ocurrencia pura, cuando entre el asegurado y el tomador se suscribió una póliza de responsabilidad civil por reclamación o con cláusulas claims made. Es así que, además de establecer si el hecho amparado ocurrió en vigencia de la póliza, correspondía al Tribunal determinar, de conformidad con las pruebas del proceso, debió determinar si la reclamación ocurrió dentro de la vigencia del seguro. (...) [S]e encuentra que la sentencia del 29 de junio de 2017, proferida por el Tribunal Administrativo de Caquetá, en lo que refiere a la responsabilidad del llamado en garantía incurrió en defecto sustantivo por indebida aplicación del artículo 4° de la Ley 389 de 1997, y en defecto fáctico por omisión en la valoración de las cláusulas de la póliza de responsabilidad civil profesional para instituciones médicas.

FUENTE FORMAL: LEY 389 DE 1997 - ARTÍCULO 4

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCIÓN CUARTA

Consejero ponente: JORGE OCTAVIO RAMÍREZ RAMÍREZ

Bogotá, D.C., doce (12) de febrero de dos mil diecinueve (2019)

Radicación número: 11001-03-15-000-2018-00027-01(AC)

Actor: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

Demandado: TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CAQUETÁ

La Sala decide la impugnación interpuesta por *La Previsora S.A. Compañía de Seguros* contra la sentencia del 12 de marzo de 2018 proferida por la Sección Segunda, Subsección "B" del Consejo de Estado, que en el trámite de la acción de tutela de la referencia, resolvió lo siguiente:

“PRIMERO. NEGAR la solicitud de amparo invocada por LA Previsora S.A. Compañía de Seguros dentro de la acción de tutela interpuesta contra el Tribunal Administrativo del Caquetá, de conformidad con las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.”¹

ANTECEDENTES

La Previsora S.A. Compañía de Seguros, por conducto de apoderado judicial, interpuso acción de tutela contra el Tribunal Administrativo de Caquetá, por considerar vulnerado su derecho fundamental al debido proceso.

1. Pretensiones

Las pretensiones de la acción de tutela son las siguientes:

“Primero.- Con base en las anteriores consideraciones solicito respetuosamente que se tutelen a favor de mi poderdante el derecho fundamental al debido proceso y a la defensa, así como los demás derechos que de ellos se derivan y que resultaron violados mediante la providencia emitida el 29 de junio de 2017, por la Sala Tercera de decisión del Honorable Tribunal Administrativo del Caquetá.

Segundo.- Que, como consecuencia de lo anterior se ordene dejar sin efectos la providencia emitida el 29 de junio de 2017, por la Sala Tercera de decisión del Honorable Tribunal Administrativo del Caquetá.

¹ Ver folio 119 del cuaderno No.1 de tutela.

*Tercero.- Que, como consecuencia de lo anterior, se exima de responsabilidad a mi representada toda vez que, como se demostró anteriormente, la misma no tiene a su cargo ningún tipo de responsabilidad en el presente caso.*²

2. Hechos

Del expediente se advierten como hechos relevantes los siguientes:

2.1. Fanny María Montano Huaca y otros, presentaron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa en contra la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia con el propósito de que se declarara su responsabilidad administrativa y patrimonial por los perjuicios a ellos ocasionados en razón a un equivocado procedimiento médico que terminó con la muerte de su *nasciturus*.

2.2. En el trámite del proceso, la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia llamó en garantía a *La Previsora Compañía S.A. Compañía de Seguros*, en virtud de la póliza de responsabilidad civil No. 1001433.

2.3. Del proceso conoció el Juzgado Cuarto Administrativo de Descongestión de Florencia, que en sentencia del 30 de septiembre de 2014, accedió a las pretensiones de la demanda, condenó a la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia a la indemnización de perjuicios a favor de los demandantes, y absolvió al llamado en garantía, *La Previsora Compañía S.A. Compañía de Seguros*, aduciendo que no se aportó prueba de que la entidad hospitalaria, dentro del término de la vigencia, hubiera puesto en conocimiento del asegurador el reclamo objeto de la demanda de reparación directa.

2.3. Los demandantes interpusieron recurso de apelación ante el Tribunal Administrativo de Caquetá que, en sentencia del 29 de junio de 2017, confirmó la responsabilidad administrativa de la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia, pero modificó el numeral segundo en los siguientes términos:

“SEGUNDO: REVOCAR el numeral tercero de la sentencia impugnada y en su lugar se dispone:

‘TERCERO: CONDENAR a la Llamada en Garantía PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, a pagar a la E.S.E. HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA, el monto total de la condena que mediante la presente sentencia se le impone a ésta, sin que en todo caso dicho pago supere el límite de disponibilidad de recursos

² Ver fls. 22 y 23 del expediente de tutela.

*existentes, a la fecha del mismo, de acuerdo con el valor asegurado en el contrato respectivo.*³

3. Fundamentos de la acción

La sociedad accionante alegó que la providencia proferida por el Tribunal Administrativo del Caquetá el 29 de junio de 2017, adolece de los siguientes defectos:

3.1. *Defecto sustantivo* por desconocer el tenor literal del artículo 4° de la Ley 389 de 1997, y fundamentar la sentencia en un fenómeno ajeno a lo allí dispuesto como es el de la prescripción.

Aclara que el problema jurídico a resolver se concretaba en la modalidad de cobertura otorgada por el seguro.

3.2. *Defecto fáctico* porque la Corporación judicial de segunda instancia omitió valorar el pacto contractual establecido en las condiciones generales de la póliza en relación con la modalidad temporal de cobertura acordada entre el tomador y asegurador.

Estima que la sentencia acusada desconoce el alcance contractual y jurisprudencial de la modalidad de cobertura por reclamación pactada en el contrato.

3.3. *Desconocimiento del precedente judicial* dado que la accionada omitió el análisis interpretativo del Consejo de Estado en relación con las modalidades de riesgo o cobertura pactadas en el contrato de seguro.

En el escrito de tutela se relacionaron providencias al parecer proferidas con ponencia del magistrado Mauricio Fajardo Gómez, pero no proporcionó número de radicado ni sujetos procesales, omisión que impidió verificar el contenido de las providencias ya que sólo informa ponente y fecha de expedición de la sentencia.

3.4. Aduce que en el análisis del asunto no tiene relevancia que el hecho dañoso se hubiera materializado en vigencia de la póliza, lo determinante era que

³ Ver fol. 373 del cuaderno No. 1 del expediente en préstamo contentivo del medio de control de reparación directa con radicado No. 18001-33-31-001-2009-00138-00.

durante la vigencia se haya efectuado la reclamación, de acuerdo con la modalidad del seguro que se pactó entre las partes.

4. Trámite impartido e intervenciones

4.1. El Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección "B" avocó el conocimiento de la presente acción de tutela; dispuso la notificación a las partes; y vinculó como terceros interesados en el proceso a la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia y al Juzgado Cuarto Administrativo de Descongestión del Circuito de Florencia, o quien haga sus veces.

4.2. El Tribunal Administrativo del Caquetá, el Juzgado Cuarto Administrativo de Descongestión de Florencia y la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia guardaron silencio frente a la acción de tutela, el fallo de primera instancia y su impugnación⁴.

4.3. En el trámite de la segunda instancia el despacho ponente se percató de la indebida notificación de las providencias proferidas en el trámite de esta acción de tutela frente a la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia, por lo que puso en su conocimiento la posible configuración de la causal de nulidad. Para tal fin, ofició a la Secretaría General de esta Corporación previniendo que la notificación de las providencias se surtiera al buzón electrónico dispuesto por la entidad para tal fin, a saber: notificacionesjudiciales@hmi.gov.co

A pesar de lo anterior, la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia guardó silencio.

5. Providencia impugnada

En sentencia del 12 de marzo de 2018, el Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección "B" negó las pretensiones de la demanda al considerar que el Tribunal accionado hizo una correcta interpretación y aplicación del artículo 4° de la Ley 389 de 1997, toda vez que, la póliza de seguro que se analiza, contempla la opción de amparo en la modalidad de reclamación con periodo adicional, en virtud de la cual, el siniestro se entiende ocurrido solo hasta que se presente la reclamación de la víctima mínimo dentro de los dos años siguientes a la vigencia del contrato.

⁴ La notificación de las entidades mencionadas consta a folios 60 a 70, 101 a 109 y 142 a 148 del cuaderno de tutela.

Así que, la vigencia del contrato de seguro era del 4 de octubre de 2007 al 4 de octubre de 2008, pero como en la cláusula 10° de la Póliza de seguro No. 1001433 se estableció la posibilidad de efectuar la reclamación con el periodo adicional de 2 años, entendió que las reclamaciones por el riesgo asegurado se extendían hasta el 4 de octubre de 2010.

Y consideró que, como la demanda fue presentada el 16 de julio de 2009, admitida el 17 de septiembre del mismo año y notificada al Hospital el 11 de marzo de 2010 –momento en el que se llama en garantía a la aquí accionante–, el Tribunal accionado realizó una interpretación razonable del inciso 2° del artículo 4° de la Ley 389 de 1997.

6. Impugnación

El apoderado de La Previsora S.A. Compañía de Seguros presentó escrito de impugnación en el que expuso las siguientes razones de inconformidad frente a la sentencia del *a quo*:

6.1. Estimó que, el juez de tutela en primera instancia no estableció de manera adecuada el objeto de la *litis* ni el escenario de vulneración de derechos fundamentales, dado que dio un alcance errado a la condición décima de la póliza de responsabilidad civil No. 1001433.

Aclaró que de la lectura de la cláusula décima, no se deriva el alcance que le dieron el juez de la causa y el de tutela, pues ésta no consagra el derecho del asegurado para exigir el amparo de las reclamaciones presentadas dentro de los dos años siguientes a la vigencia de la póliza, sino que consagra la posibilidad de que se contrate un anexo de cobertura adicional, para lo cual se debe pagar una prima adicional.

6.2. En el expediente no hay prueba de que la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia haya contratado el referido anexo para la extensión del periodo de reclamos.

6.3. De la interpretación sistemática y literal de la póliza, se desprende con claridad que la extensión del periodo de reclamos requiere de anexo para contratarse, y no aparece como una condición particular consensuada por las partes.

6.4. La sentencia objeto de disenso desconoció el contenido del artículo 4° de la Ley 389 de 1997.

6.5. Las autoridades judiciales confundieron el seguro de manejo y riesgos financieros con el de responsabilidad civil.

6.6. El Tribunal Administrativo de Caquetá no analizó los argumentos de defensa expuestos por la llamada en garantía dentro del proceso ordinario en el que se aclaraba el contenido de las cláusulas del contrato y su alcance.

6.7. La accionada desconoció el precedente del Consejo de Estado relativo a las cláusulas *claims made*.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. La acción de tutela, consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política y reglamentada por el Decreto 2591 de 1991, fue concebida como un mecanismo para la protección inmediata, oportuna y adecuada de derechos fundamentales, ante situaciones de amenaza o vulneración, por la acción u omisión de las autoridades públicas, o de los particulares en casos concretos y excepcionales.

Sin embargo, es subsidiaria a otras herramientas judiciales, salvo cuando se interponga como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

2. La acción de tutela contra providencias judiciales

La acción de tutela procede de manera excepcional contra providencias judiciales, y así lo ha reconocido la Corte Constitucional y el Consejo de Estado.

Por esto, la jurisprudencia ha establecido una serie de requisitos generales⁵ y especiales⁶ que deben cumplirse de forma estricta, de allí que, si no se cumplen

⁵ Los requisitos generales para la procedencia de la acción de tutela contra providencias judiciales son: i) que el actor indique los hechos y las razones en que se fundamenta la acción; ii) el accionante haya utilizado todos los mecanismos judiciales ordinarios y extraordinarios a su alcance para la protección de sus derechos fundamentales (subsidiariedad); iii) que la acción se haya interpuesto en un término prudencial (inmediatez); iv) que el asunto sea de evidente relevancia constitucional; y v) que no se trate de una decisión proferida en sede de tutela.

⁶ Los requisitos especiales para la procedencia de la acción de tutela contra providencias judiciales son: i) defecto orgánico, ii) defecto procedimental, iii) defecto fáctico, iv) defecto material o sustantivo, v) defecto por error inducido, vi) defecto por falta de motivación, vii) defecto por desconocimiento del precedente y viii) defecto por violación directa de la Constitución.

todos los requisitos generales y por lo menos uno de los defectos o requisitos especiales, la acción no será procedente.

El análisis sobre el cumplimiento de los requisitos debe restringirse únicamente a los argumentos planteados por los intervinientes en el proceso. En consecuencia, la procedencia de la acción de tutela contra providencias judiciales exige un mayor rigor en la fundamentación del vicio que se atribuye a la sentencia judicial objeto de la acción.

3. Cuestión previa: del saneamiento de la causal de nulidad consagrada en el artículo 133 – 8 del Código General del Proceso

El despacho ponente informó a la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia⁷, la posible configuración de la causal de nulidad prevista en el artículo 133.8 del CGP⁸; sin embargo, transcurrido el término legal para invocarla la entidad no se pronunció.

El artículo 137 del Código General del Proceso, relativo a la “*Advertencia de la nulidad*”, establece que si la parte interesada no alega la nulidad en el término de 3 días siguientes a la notificación, ésta quedará saneada y el proceso seguirá su curso.

Dado que la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia no se pronunció sobre la configuración de la causal de nulidad advertida, la Sala la declara saneada, y continuará con el trámite de segunda instancia de la acción de tutela de la referencia.

4. Planteamiento del problema jurídico

⁷ Ver fls. 151 y 159 del cuaderno de tutela.

⁸ Código General del Proceso. Ley 1564 de 2012. **ARTÍCULO 133. CAUSALES DE NULIDAD.** El proceso es nulo, en todo o en parte, solamente en los siguientes casos: (...) 8. Cuando no se practica en legal forma la notificación del auto admisorio de la demanda a personas determinadas, o el emplazamiento de las demás personas aunque sean indeterminadas, que deban ser citadas como partes, o de aquellas que deban suceder en el proceso a cualquiera de las partes, cuando la ley así lo ordena, o no se cita en debida forma al Ministerio Público o a cualquier otra persona o entidad que de acuerdo con la ley debió ser citado.

Cuando en el curso del proceso se advierta que se ha dejado de notificar una providencia distinta del auto admisorio de la demanda o del mandamiento de pago, el defecto se corregirá practicando la notificación omitida, pero será nula la actuación posterior que dependa de dicha providencia, salvo que se haya saneado en la forma establecida en este código.

El asunto objeto de estudio guarda relación con los presuntos defectos en que incurrió el Tribunal Administrativo de Caquetá al desatar el recurso de apelación dentro del proceso de reparación directa No. 18001-33-31-001-2009-00138-00, haciendo una interpretación errada del artículo 4° de la ley 389 de 1997 y de las cláusulas del contrato de seguro de responsabilidad civil suscrito entre la aquí accionada y la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia, lo que llevó a que se condenara a la aseguradora al pago de indemnización a favor de los demandantes, aunque la póliza ya no tenía cobertura respecto de la reclamación.

Así las cosas, corresponde a la Sala determinar si la autoridad judicial accionada incurrió en los defectos sustantivo, fáctico y por desconocimiento del precedente judicial al condenar al llamado en garantía –La Previsora S.A. Compañía de Seguros–, al pago de los perjuicios reconocidos a favor de los demandantes dentro del proceso de reparación directa No. 18001-33-31-001-2009-00138-00.

5. La configuración del defecto sustantivo por indebida aplicación del artículo 4° de la Ley 389 de 1997

5.1. La ESE Hospital María Inmaculada de Florencia y la Previsora S.A. suscribieron **póliza de seguro de responsabilidad civil profesional para instituciones médicas No. 1001433**, con vigencia del 4 de octubre de 2007 al 4 de octubre de 2008, por un valor asegurado de 250 millones de pesos⁹.

En las condiciones generales de la póliza suscrita, acápite relativo a los amparos, se lee lo siguiente:

“1. AMPAROS CUBIERTOS

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

1.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

⁹ Ver fol. 110 del cuaderno No. 3 del llamado en garantía y fol. 14 del cuaderno No. 5 relativo a las pruebas de segunda instancia, expediente en préstamo contentivo del medio de control de reparación directa con radicado No. 18001-33-31-001-2009-00138-00.

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

[...]

1.5. ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL “ACTO MÉDICO” O “EVENTO”, QUE DIERA ORIGEN A LOS “DAÑOS MATERIALES” Y/O “LESIONES CORPORALES” ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN LA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ÉSTA PÓLIZA.

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 EL PERIODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.”¹⁰ (Énfasis propio)

5.2. En segunda instancia del proceso de reparación directa No. 18001-33-31-001-2009-00138-00, el Tribunal Administrativo de Caquetá dictó sentencia, en la que confirmó la decisión del *a quo* de declarar la responsabilidad administrativa de la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia, pero además, condenó al llamado en garantía –La Previsora S.A. –, a pagar a la entidad el monto de la condena de acuerdo con el valor asegurado en la póliza.

En relación con la responsabilidad del llamado en garantía, el Tribunal Administrativo de Caquetá procedió con el análisis del artículo 4º de la Ley 389 de 1997 en los siguientes términos:

¹⁰ Ver fol. 114 a 117 del cuaderno No. 3 del llamamiento en garantía expediente en préstamo contentivo del medio de control de reparación directa con radicado No. 18001-33-31-001-2009-00138-00

“La norma tiene dos componentes donde el Llamado en Garantía, solo trata la parte final del primer párrafo, pero omite referirse a la primera parte, que es el descubrimiento de hechos que se presentan en su vigencia, el cual es el que debe aplicarse en este caso, dado que el HMI, tan solo vino a conocer de la existencia de la demanda y de los sucedidos, cuando se presentó la demanda esto es el 16 de julio de 2009, pero los hechos sucedieron el 16 de septiembre de 2008, en vigencia de la póliza de responsabilidad constituida por el Hospital, que vencía el 10 de octubre de 2008, por tanto los hechos o el siniestro sucedieron en vigencia de la garantía, por lo que no es de recibo el argumento del Llamado, por la misma disposición normativa.”¹¹ (Énfasis propio)

5.3. Ahora bien, el artículo 4° de la Ley 389 de 1997¹² es del siguiente tenor:

“En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años”.

5.4. La Sociedad accionante considera que la autoridad judicial hizo una indebida aplicación del artículo 4° de la Ley 389 de 1997, ya que resolvió la responsabilidad de la llamada en garantía aplicando la modalidad de cobertura por *descubrimiento*, propio de los seguros de riesgos financieros, cuando entre las partes se suscribió una póliza de responsabilidad civil con cláusulas *claims made*.

5.5. El *defecto sustantivo* es aquel vicio relacionado con la interpretación y aplicación de las disposiciones que integran el ordenamiento jurídico, que tiene una incidencia directa en la decisión y del que se puede predicar que de forma directa y autónoma lesiona los derechos fundamentales.

¹¹ Ver fol. 368 a 370 del cuaderno No. 1 del llamamiento en garantía expediente en préstamo contentivo del medio de control de reparación directa con radicado No. 18001-33-31-001-2009-00138-00

¹² Por la cual se modifican los artículos [1036](#) y [1046](#) del Código de Comercio.

De esta forma, la jurisprudencia constitucional ha considerado que el defecto material o sustantivo se produce cuando el juez toma una decisión con fundamento en normas inexistentes, inconstitucionales o inaplicables al caso, lo que genera una contradicción evidente entre los fundamentos y la decisión¹³.

Igualmente, puede presentarse cuando se interpreta una disposición en forma incompatible con las circunstancias fácticas y, por tanto, la interpretación dada por el juez resulta a todas luces improcedente. En estos casos, la jurisprudencia ha sido enfática en predicar que no cualquier interpretación inadecuada puede considerarse vulneradora del derecho al debido proceso, sino que esta debe ser abiertamente arbitraria y carecer de razonabilidad.

En atención a lo anterior, si bien el juez ordinario goza de autonomía e independencia para interpretar y aplicar las disposiciones del ordenamiento jurídico, el ejercicio de estas potestades no puede ser caprichoso.

5.6. Para resolver este asunto es pertinente hacer un recuento de las modalidades de cobertura que la legislación colombiana dispone para los seguros de responsabilidad civil.

Antes de la reforma introducida por la Ley 389 de 1997, la cobertura que se aplicaba para los seguros de responsabilidad civil era la de *ocurrencia pura*, que delimitaba el amparo a que el siniestro tuviera lugar durante la vigencia de la póliza (teoría del hecho dañoso).

Posteriormente, el artículo 4° de la Ley 389 de 1997 introdujo en Colombia la cobertura por reclamación o con cláusulas *claims made*, en las que elemento determinante para acceder a la cobertura es que el reclamo sea formulado durante la vigencia del seguro.

Adicional a lo anterior, la norma permite que se acuerde un *periodo retroactivo* por medio del cual el asegurador se compromete a amparar hechos dañosos ocurridos antes de la vigencia del contrato, pero reclamados durante esta y/o que se pacte una *extensión a la cobertura*, que no podrá ser inferior a dos años, y cubre los hechos dañosos que se materialicen durante la vigencia de la póliza, pero que sean reclamados en el periodo adicional.

Finalmente, tenemos la cobertura *claims made pura* que exige que tanto el hecho dañoso como reclamación ocurran en vigencia del contrato.

¹³ Sentencia SU-159 de 2002 proferida por la Corte Constitucional.

5.7. Visto lo anterior, a juicio de la Sala, en el caso objeto de estudio la autoridad judicial dio un alcance errado al artículo 4° de la Ley 389 de 1997, por las siguientes razones:

5.7.1. De acuerdo con las pruebas del contrato se tiene que entre la accionante y la ESE HMI se suscribió una póliza de responsabilidad civil con cobertura por reclamación o con cláusulas *claims made*, y con vigencia del 4 de octubre de 2007 al 4 de octubre de 2008.

5.7.2. La cobertura con cláusula *claim made* implica que la reclamación por ocurrencia del hecho dañoso se realice dentro de la vigencia de la póliza o su extensión, si se pacta.

5.7.3. El Tribunal Administrativo de Caquetá resolvió la responsabilidad de la llamada en garantía aplicando una disposición normativa que no se corresponde con las cláusulas de la póliza suscrita entre las partes, pues a pesar de tratarse de una cobertura por reclamación, la autoridad judicial aplicó la teoría del *descubrimiento*, y expuso que dado que el hecho dañoso ocurrió en vigencia de la póliza, este debía ser asumido por la aseguradora; aseveración que desconoce la naturaleza de la cobertura acordada por las partes según la cual el hecho y la reclamación debían ocurrir en vigencia de la póliza.

Es decir, de acuerdo con el artículo en comento y el clausulado del contrato de seguro, lo que correspondía resolver al Tribunal era si el hecho dañoso y la reclamación se habían presentado en vigencia de la póliza, pero el Tribunal fundamentó la responsabilidad de la llamada en garantía, exclusivamente en la ocurrencia del hecho dañoso y omitió analizar si la reclamación se realizó dentro de los términos del contrato.

6. Consideraciones frente a la sentencia de tutela de primera instancia

6.1. El *a quo* expuso que aunque de la cláusula 1 literal a) del contrato podría inferirse que se trata de una cobertura *claim made* pura, ello se desvirtúa con la lectura sistemática del contrato, dado que la cláusula 10° extiende la cobertura de las reclamaciones por 2 años más, es decir, hasta el 4 de octubre de 2010.

6.2. En su impugnación, La Previsora S.A. Compañía de Seguros expuso su desacuerdo con tal consideración, y aclaró que el periodo de extensión de reclamación estipulado en la cláusula 10° del contrato, otorga la posibilidad al tomador de contratar un anexo de cobertura para lo cual deberá cumplir ciertos requisitos, pero que no es un derecho incorporado, como lo entendió el juez de tutela de primera instancia.

Agregó que no existe prueba en el expediente que demuestre que la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia contrató tal anexo, que pagó el valor de la prima por tal extensión de cobertura, y por tanto, que se extendió el periodo de reclamos.

6.3. En vista de lo anterior, se tiene que respecto de una misma cláusula se presentan dos interpretaciones disímiles: **por un lado**, el juez de tutela de primera instancia sostiene que dicha cláusula consagra la extensión del periodo de reclamos –en el caso concreto, hasta el 4 de octubre de 2010–, y **por otro**, La Previsora S.A. Compañía de Seguros, que sostiene que dicha cláusula no constituye un derecho incorporado, sino la posibilidad que se otorga al tomador de extender el periodo de reclamos contratando un anexo.

6.4. Ahora bien, el tenor literal de la cláusula décima de la póliza No.100 1433 es el siguiente:

“CONDICIÓN DÉCIMA- EXTENSIÓN DEL PERIODO DE RECLAMOS

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

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

(...)

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

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

- *Someter por escrito su solicitud al Asegurador, dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.*

- Pagar de contado la prima correspondiente.

[...]

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

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

- Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada. Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo. (...)¹⁴ (Resaltos propios).

6.5. Para la Sala la lectura literal de la cláusula décima permite concluir que el periodo de extensión de reclamos está condicionado a la contratación del anexo que así lo estipule, y que requiere que se cumpla con requisitos como la radicación de un escrito por parte del asegurado 30 días previos al vencimiento de la vigencia de la póliza y el pago de una suma adicional.

Así entonces, correspondería al juez de la causa establecer si dichos requisitos se encontraban plenamente probados en el proceso para determinar el periodo de cobertura de reclamos en el caso concreto.

7. Requisitos y alcance del defecto por desconocimiento del precedente

Frente al defecto por desconocimiento del precedente judicial alegado, se tiene que los argumentos expuestos no satisfacen la carga argumentativa que se exige de la acción de tutela contra providencias judiciales, ya que no se expuso cual es el precedente y la regla de decisión desconocida por el Tribunal Administrativo accionado.

Por lo tanto, y al no acreditarse el requisito general de procedencia de relevancia constitucional, la sala se relevará de efectuar el análisis de este defecto.

¹⁴ Ver fol. 126 del cuaderno No. 3 del llamamiento en garantía expediente en préstamo contentivo del medio de control de reparación directa con radicado No. 18001-33-31-001-2009-00138-00

8. Conclusión

8.1. En el caso concreto el Tribunal Administrativo de Caquetá hizo una interpretación errada del artículo 4° de la Ley 389 de 1997 al analizar la responsabilidad de la llamada en garantía -La Previsora S.A. Compañía de Seguros—, aplicando la cobertura por descubrimiento, propio del seguro de manejo y riesgos financieros, e incluso tratándolo como un seguro de responsabilidad por *ocurrencia pura*, cuando entre el asegurado y el tomador se suscribió una póliza de responsabilidad civil por reclamación o con cláusulas *claims made*. Es así que, además de establecer si el hecho amparado ocurrió en vigencia de la póliza, correspondía al Tribunal determinar, de conformidad con las pruebas del proceso, debió determinar si la reclamación ocurrió dentro de la vigencia del seguro.

8.2. De acuerdo con lo indicado se encuentra que la sentencia del 29 de junio de 2017, proferida por el Tribunal Administrativo de Caquetá, en lo que refiere a la responsabilidad del llamado en garantía incurrió en defecto sustantivo por indebida aplicación del artículo 4° de la Ley 389 de 1997, y en defecto fáctico por omisión en la valoración de las cláusulas de la póliza de responsabilidad civil profesional para instituciones médicas celebrada entre la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia.

8.3. Por lo anterior, se revocará la decisión impugnada, proferida el 12 de marzo de 2018 por la Sección Segunda, Subsección “B” del Consejo de Estado, que negó las pretensiones de la acción de tutela de la referencia, y, en su lugar, concederá el amparo del derecho fundamental al debido proceso invocado por La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

En consecuencia, **se dejará sin efectos el numeral segundo** la sentencia del 29 de junio de 2017, proferida por el Tribunal Administrativo de Caquetá, relativo a la condena del llamado en garantía, y **se le ordenará** a dicha autoridad judicial que dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta providencia, **profiera una sentencia complementaria** en la que analice la responsabilidad de la Previsora S.A. Compañía de Seguros, de conformidad con la normativa que consagra el contrato de seguro en la modalidad *claims made* o de reclamación hecha y las cláusulas del contrato suscrito, y en la que sean tenidas en cuenta las consideraciones hechas en la presente providencia.

En mérito de lo expuesto, **la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA

1. **Revocar** la sentencia impugnada, proferida el 12 de marzo de 2018 por el Consejo de Estado, Sección Segunda – Subsección "B", y en su lugar, **amparar** el derecho fundamental al debido proceso de *La Previsora S.A. Compañía de Seguros*, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.
2. Por lo anterior, **dejar sin efectos el numeral segundo** de la sentencia del 29 de junio de 2017, proferida por el Tribunal Administrativo del Caquetá, relativo a la condena a la llamada en garantía, La Previsora S.A. Compañía de Seguros, dentro del proceso de reparación directa con radicación N° 18001-33-31-001-2009-00138-00.
3. En consecuencia, **ordenar** al Tribunal Administrativo del Caquetá, que dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta providencia, **profiera una sentencia complementaria** en la que analice la responsabilidad de la Previsora S.A. Compañía de Seguros, de conformidad con la normativa que consagra el contrato de seguro en la modalidad *claims made* o de reclamación hecha y las cláusulas generales de la póliza No. 1001433, y en la que sean tenidas en cuenta las consideraciones hechas en la presente providencia.
4. **Enviar** a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Cópiese, notifíquese y cúmplase

Esta sentencia se estudió y aprobó en sesión celebrada en la fecha.

JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ

Presidente de la Sección

STELLA JEANNETTE CARVAJAL BASTO

Consejera

MILTON CHAVES GARCÍA

Consejero

JORGE OCTAVIO RAMÍREZ RAMÍREZ

Consejero

Señores

CONSEJO DE ESTADO (REPARTO)

E. S. D.

REFERENCIA:
CLASE DE PROCESO:
DEMANDANTE:
DEMANDADO:

OTORGA PODER ESPECIAL
TUTELA CONTRA PROVIDENCIA JUDICIAL
LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA

LEYDY VIVIANA MOJICA PEÑA, identificada con la cédula de ciudadanía N° 63.511.668 de Bucaramanga, mayor de edad y vecina de la misma ciudad, actuando en mi condición de Representante Legal, Judicial y Extrajudicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, identificada con NIT. 860.002.400-2, sociedad de economía mixta del orden nacional, sometida al régimen de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con domicilio en Bogotá D.C., la cual recibirá notificaciones al correo electrónico notificacionesjudiciales@previsora.gov.co, todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía No. **19.395.114** y portador de la tarjeta profesional No. **39.116** del C.S. de la J., el cual recibirá notificaciones al correo electrónico notificaciones@gha.com.co, para que promueva acción de tutela contra el TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA por la sentencia de segunda instancia del 28 de junio de 2024 proferida en el marco de la demanda promovida por DUVAR ALEXIS QUIÑONEZ CUERO y otros contra la RED DE SALUD ORIENTE ESE Y OTROS, bajo radicado 76001-33-33-018-2016-00189-01.

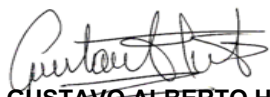
Solicito reconocer personería al mandatario para los fines de la gestión encomendada en los términos del artículo 77 del Código General del Proceso, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de conciliar, desistir y transigir, están sujetas a la autorización previa del Comité de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

Atentamente,



LEYDY VIVIANA MOJICA PEÑA
C.C. N° 63.511.668 de Bucaramanga
Representante Legal, Judicial y Extrajudicial
La Previsora S.A. Compañía de Seguros

Acepto,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C. N° 19.395.114
T.P. 39.116 del C.S. de la J.

ABOGADO INTERNO: Aaron José Ortiz
N° DE LITISOFT: Derivado de LITISOFT 262
FECHA DE ASIGNACIÓN DEL CASO: 26 de agosto de 2024.

La Previsora S.A., Compañía de Seguros | NIT: 860.002.400-2

Líneas de Atención al Cliente y Asistencia

Desde el celular: #345 | Línea Nacional: 018000 910 554
Bogotá: (+57) 601 348 7555 | PBX Bogotá: (+57) 601 348 7575
Correo electrónico: contactenos@previsora.gov.co
APP: Previsora Seguros (Android y iOS)

www.previsora.gov.co

Defensor del Consumidor Financiero

Principal: Dr. José Federico Ustáriz González
Suplente: Dra. Bertha García Meza
Dirección: Carrera 11A No. 96-51 Ofic. 203 Bogotá
Teléfono: (+57) 601 6108161 Horario: L-V 8 a.m. a 6 p.m.
Correo electrónico: defensoriaprevisora@ustarizabogados.com
APP: Defensoría del Consumidor Financiero (Android / iOS)
www.ustarizabogados.com

 **PREVISORA.SEGUROS**
 **PREVISORASEGUROS**
 **PREVISORA SEGUROS S.A**
 **PREVISORA SEGUROS**
 **@SomosPREVISORA**



RV: PODER TUTELA LITISOFT 262 // DTE: DUVAR ALEXIS QUIÑONEZ CUERO

Desde NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>

Fecha Mar 27/08/2024 11:01

Para Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

CC poderes antecedentes <poderesyantecedentes@previsora.gov.co>

 3 archivos adjuntos (1 MB)

certificado-20.pdf; Tarjeta profesional Dr. Herrera.pdf; PODER TUTELA LITISOFT 262 (1).pdf;

Señores

CONSEJO DE ESTADO (REPARTO)

E. S. D.

REFERENCIA: OTORGA PODER ESPECIAL

CLASE DE PROCESO: TUTELA CONTRA PROVIDENCIA JUDICIAL

DEMANDANTE: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

DEMANDADO: TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA

LEYDY VIVIANA MOJICA PEÑA, identificada con la cédula de ciudadanía N° 63.511.668 de Bucaramanga, mayor

de edad y vecina de la misma ciudad, actuando en mi condición de Representante Legal, Judicial y Extrajudicial de

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, identificada con NIT. 860.002.400-2, sociedad de economía

mixta del orden nacional, sometida al régimen de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, vinculada al

Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con domicilio en Bogotá D.C., la cual recibirá notificaciones al correo

electrónico notificacionesjudiciales@previsora.gov.co, todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido

por la Superintendencia Financiera de Colombia, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía No.

19.395.114 y portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del C.S. de la J., el cual recibirá notificaciones al correo

electrónico notificaciones@gha.com.co, para que promueva acción de tutela contra el TRIBUNAL

ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA por la sentencia de segunda instancia del 28 de junio de 2024

proferida en el marco de la demanda promovida por DUVAR ALEXIS QUIÑONEZ CUERO y otros contra la RED

DE SALUD ORIENTE ESE Y OTROS, bajo radicado 76001-33-33-018-2016-00189-01.

Solicito reconocer personería al mandatario para los fines de la gestión encomendada en los términos del artículo

77 del Código General del Proceso, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de conciliar,

desistir y transigir, están sujetas a la autorización previa del Comité de Conciliación y
Defensa Judicial de la
Compañía.
Atentamente,



Certificado Generado con el Pin No: 9049237261756729

Generado el 26 de agosto de 2024 a las 11:41:17

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

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: La Previsora S.A. Compañía de Seguros, y podrá usar la sigla "LA PREVISORA S.A."

NIT: 860002400-2

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

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

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

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

Escritura Pública No 0930 del 30 de abril de 2024 de la Notaría 69 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). cambia su denominación de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, y podrá usar la sigla "LA PREVISORA S.A."

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

REPRESENTACIÓN LEGAL: PRESIDENTE. La administración de la Sociedad estará a cargo del Presidente, quien será elegido, evaluado y removido por la Junta Directiva. La elección se hará a través de un proceso de selección coordinado por el Comité de Gobierno Corporativo o el Comité que haga sus veces. Cumplirá todas aquellas funciones que se relacionen con la organización y funcionamiento que no se hallen expresamente atribuidas a otra autoridad. **FUNCIONES Y ATRIBUCIONES.** Son funciones y atribuciones del Presidente de la Compañía: 1. Formular la política general de la compañía, el modelo integrado de planeación y gestión y los planes y programas, de conformidad con la ley y bajo las directrices de la Junta Directiva. 2. Orientar y dirigir los planes y programas que debe desarrollar la compañía, según su objeto, las directrices de la Asamblea de Accionistas y de la Junta Directiva, y las políticas del Gobierno Nacional. 3. Impartir directrices para la ejecución de las actividades comerciales de la compañía. 4. Ejercer la representación legal de la compañía. 5. Constituir mandatarios que representen a la compañía en los asuntos judiciales y extrajudiciales. 6. Presentar los estados financieros a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva en los plazos y términos señalados en la ley y los Estatutos. 7. Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva a



Certificado Generado con el Pin No: 9049237261756729

Generado el 26 de agosto de 2024 a las 11:41:17

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

sesiones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo con lo señalado en los Estatutos y en las demás normas que regulen la materia. 8.Designar y remover a los funcionarios de la Alta Gerencia, sin perjuicio de que, en los casos que los mismos requieran ostentar funciones de representación legal, las mismas deban ser otorgadas por la Junta Directiva. 9. Proponer a la Junta Directiva los proyectos de organización interna, escalas salariales y planta de personal de los trabajadores oficiales. 10. Distribuir y reclasificar los cargos de la compañía aprobados en las diferentes dependencias y ubicar el personal teniendo en cuenta la estructura, los planes, los programas y las necesidades del servicio de la compañía, mediante acto administrativo, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos. 11.Vincular a los trabajadores de la compañía de acuerdo con las leyes laborales y el procedimiento señalado en los Estatutos y demás normas, salvo al Jefe de Control Interno cuya nominación corresponde al Presidente de la República. 12. Someter a aprobación de la Junta Directiva el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos de la compañía de acuerdo con lo señalado en la ley y en los Estatutos de la compañía. 13. Ordenar los gastos con cargo al presupuesto de la compañía, de acuerdo con las normas sobre la materia. 14. Celebrar los contratos que requiera la compañía para su normal funcionamiento de conformidad con las disposiciones legales vigentes. 15.Ejercer el control administrativo sobre la ejecución del presupuesto de la compañía. 16.Conocer y fallar en segunda instancia los procesos disciplinarios que se adelanten contra los trabajadores y ex trabajadores de la compañía. 17. Adoptar el Reglamento Interno de Trabajo, los manuales de políticas, procesos y procedimientos y los necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la compañía. 18. Dirigir la implementación del Sistema de Gestión Integral, garantizar el ejercicio de control interno y supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones. 19. Delegar previa autorización de la Junta Directiva alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los Vicepresidentes, Secretaría General, Gerentes de Casa Matriz y de Sucursales y/o en otros cargos de manejo y confianza. 20. Crear las dependencias, agencias y sucursales que considere necesarias, previa autorización de la Junta Directiva, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos. 21. Crear los grupos internos de trabajo que se requieran, según las necesidades de la compañía, y determinar sus funciones para optimizar el funcionamiento de la Entidad. 22. Las demás funciones que le señale la ley, los Estatutos, la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, y las demás disposiciones que le sean aplicables. **VACANCIAS DEL PRESIDENTE.** En caso de ausencia temporal del Presidente, y hasta tanto la Junta Directiva efectúe un nombramiento provisional o en propiedad, obrará como Presidente Suplente el Secretario General y, en ausencia de este, ejercerá dicha suplencia el Vicepresidente Financiero, o el Vicepresidente Comercial, en ese orden. Si la falta del Presidente fuere absoluta, asumirá el cargo el Secretario General mientras la Junta Directiva provee el cargo en propiedad. En cualquier caso, deberá atenderse el término previsto en la legislación para la designación de presidentes de entidades financieras. Para estos efectos, la Junta Directiva se deberá apoyar en una firma o persona especializada en la búsqueda y selección de candidatos, la cual será contratada por la Entidad. **VICEPRESIDENTES Y SECRETARIO GENERAL.** Los Vicepresidentes y el Secretario General, quienes serán designados y removidos de sus funciones por el Presidente de la Compañía, tendrán en el ejercicio de sus funciones asignadas, delegadas u otorgadas en encargo, la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. Ejercerán las atribuciones y cumplirán con los deberes que le señale el Presidente, y desempeñarán las funciones que en ellos delegare éste, de acuerdo con lo previsto en estos estatutos. La Sociedad tendrá un Secretario General, que podrá ser designado y removido de esta función por el Presidente, y a cuyo cargo estará actuar como Secretario de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva de la Compañía; en tal carácter deberá atender todo lo relacionado con estas materias y ejercer las demás funciones que le delegue o encargue el Presidente de la Sociedad, de quien dependerá directamente. Sin embargo, para que el Secretario General ejerza la representación legal de la Sociedad, deberá ser designado como representante legal por la Junta Directiva. **DE LAS REPRESENTACIONES LEGALES, JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES.** La sociedad tendrá los gerentes de sucursal que estime conveniente su Presidente, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía previa aprobación de la Junta Directiva; para presentar propuestas en procesos de contratación públicos y privados, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven de éstos, participar en procesos de contratación directa, concursos e invitaciones, en el ámbito de su competencia. Ejercerán así mismo la representación legal de la compañía en materia administrativa, financiera, jurídica, de seguros y comercial, de conformidad con las facultades que le sean delegadas y/u otorgadas en encargo. Los subgerentes de sucursal serán suplentes de sus correspondientes gerentes. En aquellas sucursales en las



Certificado Generado con el Pin No: 9049237261756729

Generado el 26 de agosto de 2024 a las 11:41:17

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

cuales no existe el cargo de subgerente de sucursal, será designado otro funcionario como suplente del gerente. De igual manera y de conformidad con lo indicado en el Decreto 1808 de 2017, Decreto 580 de 2019, Decreto 1996 de 2017 o aquella norma que los modifique, adicione o sustituya y la Resolución No. 043 - de 2019 expedida por La Previsora S.A. o aquella norma que lo modifique, adicione o sustituya, los siguientes cargos tendrán la representación legal, judicial y/o extrajudicial, así: VICEPRESIDENTE JURÍDICO; GERENTE DE LITIGIOS; JEFES DE OFICINAS DE INDEMNIZACIONES (ZONAS CENTRO, NORTE Y OCCIDENTE): Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial de la compañía, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. GERENTE DE TALENTO HUMANO; SUBGERENTE DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL: Ejercer como representante legal de la compañía, en asuntos laborales y administrativos cuando se requiera; GERENTE DE INDEMNIZACIONES GENERALES Y PATRIMONIALES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES AUTOMÓVILES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES: Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. Así mismo, representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas por siniestros, con la facultad de conciliar y transar en los términos autorizados por el Comité de Defensa Judicial y Conciliación. SUBGERENTE DE RECOBROS Y SALVAMENTOS: Representar a la compañía en procesos de recobro judicial y extrajudicial; SUBGERENTE DE PROCESOS JUDICIALES, SUBGERENTE DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ADMINISTRATIVOS: Representar a la sociedad ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo y para los efectos a que hubiere lugar; GERENTE JURÍDICO: Ejercer por delegación la representación judicial y extrajudicial de la compañía. (E.P. 930 del 30/04/2024 Not. 69 de Bogotá D.C.).

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Ramon Guillermo Angarita Lamk Fecha de inicio del cargo: 19/10/2023	CC - 13507958	Presidente
Benjamín Galán Otálora Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018	CC - 80425713	Vicepresidente Financiero
Paola María Mercado Cabrales Fecha de inicio del cargo: 02/06/2022	CC - 50911467	Vicepresidente Comercial
Leydy Viviana Mojica Peña Fecha de inicio del cargo: 28/07/2022	CC - 63511668	Secretaria General
Luis Danilo Hernández Azula Fecha de inicio del cargo: 27/05/2024	CC - 79384076	Representante Legal Suplente en calidad de Vicepresidente Técnico
Leydy Viviana Mojica Peña Fecha de inicio del cargo: 19/12/2023	CC - 63511668	Vicepresidente Jurídico encargado
Soranye Duque Valdés Fecha de inicio del cargo: 11/04/2022	CC - 31448412	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Occidente
José Bernardo Alemán Cabana Fecha de inicio del cargo: 12/10/2018	CC - 79672347	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Centro
Adriana Orjuela Martínez Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51981720	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Subgerente de Recobros y Salvamentos



Superintendencia Financiera de Colombia

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 9049237261756729

Generado el 26 de agosto de 2024 a las 11:41:17

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Miguel Escobar Botero Fecha de inicio del cargo: 19/02/2021	CC - 1152195263	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Norte
Felipe Andrés Arrázola Guerra Fecha de inicio del cargo: 08/08/2024	CC - 72283142	Vicepresidente de Desarrollo Corporativo
Miguel Ángel Valois Rubiano Fecha de inicio del cargo: 01/08/2024	CC - 80000516	Vicepresidente de Indemnizaciones
Milagros Del Carmen Sarmiento Ortíz Fecha de inicio del cargo: 09/07/2024	CC - 1129568000	Representación Legal Judicial y Extrajudicial como Gerente Jurídica
Javier Diaz Forero Fecha de inicio del cargo: 12/07/2024	CC - 79459543	Representación Legal Judicial y Extrajudicial como Gerente de Indemnizaciones Seguros Generales y Patrimoniales
Cristian Gerardo Gómez Zuleta Fecha de inicio del cargo: 08/06/2023	CC - 1144043872	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en Calidad de Subgerente de Administración de Personal (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2024002797-000 del día 11 de enero de 2024, la entidad informa que, con Acta 1191 del 30 de noviembre de 2023, fue removido del cargo de Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en Calidad de Subgerente de Administración de Personal . Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C- 621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)



Superintendencia Financiera de Colombia

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 9049237261756729

Generado el 26 de agosto de 2024 a las 11:41:17

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

NOMBRE

Sandra Milena Salamanca Gutiérrez
Fecha de inicio del cargo: 20/04/2023

IDENTIFICACIÓN

CC - 52797206

CARGO

Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2024033488 del día 8 de marzo de 2024, la entidad informa que, con Acta 1194 del 25 de enero de 2024, fue removido del cargo de Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)

Joan Sebastián Hernández Ordoñez
Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019

CC - 1014214701

Representante Legal Judicial y Administrativo en Calidad de Subgerente de Litigios (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2022197699-000-000 del día 23 de diciembre de 2022, que con documento del 23 de noviembre de 2022 renunció al cargo de ViceRepresentante Legal Judicial y Administrativo en Calidad de Subgerente de Litigios y fue aceptada por la Junta Directiva Acta No. 1172 del 24 de noviembre de 2022. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).



Superintendencia Financiera de Colombia

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 9049237261756729

Generado el 26 de agosto de 2024 a las 11:41:17

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Janneth Rocío Badillo Siatama Fecha de inicio del cargo: 11/05/2023	CC - 52427274	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en calidad de Gerente de Litigios (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2024033489 del día 8 de marzo de 2024, la entidad informa que, con Acta 1194 del 25 de enero de 2024, fue removido del cargo de Representante Legal Judicial y Extrajudicial en calidad de Gerente de Litigios. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)
Cristian Gerardo Gómez Zuleta Fecha de inicio del cargo: 14/10/2023	CC - 1144043872	Representante legal en asuntos laborales y administrativos, en calidad de Gerente de Talento Humano encargado (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2024008108-000 del día 24 de enero de 2024, la entidad informa que, con Acta 1191 del 30 de noviembre de 2023, fue removido del cargo de Representante legal en asuntos laborales y administrativos, en calidad de Gerente de Talento Humano encargado. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional)

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

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

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

Resolución S.F.C. No 1457 del 30 de agosto de 2011 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A.



Superintendencia Financiera de Colombia

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 9049237261756729

Generado el 26 de agosto de 2024 a las 11:41:17

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

compañía de Seguros para operar los ramos de Seguro Colectivo de Vida y Salud

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

Oficio No 2022037686-015 del 28 de marzo de 2022 autoriza el ramo de Seguro Decenal


NATALIA GUERRERO RAMÍREZ

**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL**

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

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA