

Juzgado 06 Administrativo - Cauca - Popayán

De: Jacqueline Romero <firmadeabogadosjr@gmail.com>
Enviado el: lunes, 26 de febrero de 2024 11:24
Para: Juzgado 06 Administrativo - Cauca - Popayán
CC: MILENA MARTINEZ; esebordo@hospitalbordo.gov.co; juridica@hospitalsanjose.gov.co; asesoríasjuridicasad@gmail.com; angel-daza-123@hotmail.com
Asunto: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA DDTE: ANGEL MARIA DAZA RAD: 2022-00196
Datos adjuntos: CONTESTACION DDA Y LLAMAMIENTO ANGEL MARIA DAZA.pdf; Gmail - RV_ PODER LITISOFT_ 43965 RAD_ 2022-00196 DDTE_ ÁNGEL MARÍA DAZA.pdf
Categorías: -

Señores:

JUZGADO SEXTO (06) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE POPAYAN

E. S. D.

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

CLASE DE PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTE: ÁNGEL MARÍA DAZA CAICEDO Y OTROS

DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL NIVEL 1 BORDO CAUCA Y OTROS

RADICADO: 19001-33-33-006-2022-00196-00

JACQUELINE ROMERO ESTRADA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 31.167.229 de Palmira Valle, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No 89930 del Consejo Superior de la Judicatura, a usted con el debido respeto manifiesto que obrando en mi condición de Apoderada Judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, legalmente constituida y debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, con oficina en la Calle 57 No 9-07 de esta Ciudad y sucursal en la ciudad de Cali, Carrera 5 No 10-39 Piso 8, Representada Legalmente por la Doctora **LEYDY VIVIANA MOJICA PEÑA**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 63.511.668 de Bucaramanga, manifiesto a usted con el debido respeto por medio del presente escrito que me permito descorrer el traslado de la demanda y el Llamamiento en Garantía realizado por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN** con relación a la demanda formulada por el señor **ÁNGEL MARÍA DAZA CAICEDO Y OTROS**, dentro del proceso de **REPARACION DIRECTA**.

Cordialmente,



Jacqueline Romero Estrada

Abogada

Calle 29 No. 27-40 Oficina 604 Edificio Banco de Bogotá.

Palmira, Valle del Cauca

(+57) 3158182262– 3182115503 - 2698166

Proyectó: DR



Remitente notificado con _____

[Mailtrack](#)

Señores:

JUZGADO SEXTO (06) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE POPAYAN

E. S. D.

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

CLASE DE PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTE: ÁNGEL MARÍA DAZA CAICEDO Y OTROS

DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL NIVEL 1 BORDO CAUCA Y OTROS

RADICADO: 19001-33-33-006-2022-00196-00

JACQUELINE ROMERO ESTRADA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 31.167.229 de Palmira Valle, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No 89930 del Consejo Superior de la Judicatura, a usted con el debido respeto manifiesto que obrando en mi condición de Apoderada Judicial de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, legalmente constituida y debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Ciudad de Bogotá, con oficina en la Calle 57 No 9-07 de esta Ciudad y sucursal en la ciudad de Cali, Carrera 5 No 10-39 Piso 8, Representada Legalmente por la Doctora **LEYDY VIVIANA MOJICA PEÑA**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 63.511.668 de Bucaramanga, manifiesto a usted con el debido respeto por medio del presente escrito que me permito descorrer el traslado de la demanda y el Llamamiento en Garantía realizado por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN** con relación a la demanda formulada por el señor **ÁNGEL MARÍA DAZA CAICEDO Y OTROS**, dentro del proceso de **REPARACION DIRECTA**.

DESIGNACIÓN DEL LLAMADO EN GARANTIA

LLAMADO EN GARANTÍA

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, identificada con el Nit. 860.002.400-2, sociedad con domicilio Principal en la Ciudad de Bogotá, con oficina en la Calle 57 No 9-07 de esta Ciudad y sucursal en la ciudad de Cali, Carrera 5 No 10-39 Piso 8, correo electrónico notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

REPRESENTANTE LEGAL

LEYDY VIVIANA MOJICA PEÑA, identificada con la cédula de ciudadanía N° 63.511.668 de Bucaramanga, en calidad de Representante Legal de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de acuerdo al Certificado de Existencia y Representación de la Cámara de Comercio de Bogotá que ya obra en el expediente.

APODERADA JUDICIAL

JACQUELINE ROMERO ESTRADA mayor de edad, vecina y residente en Palmira (V.), identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 31.167.229 de Palmira, portadora de la tarjeta profesional No. 89.930 del Consejo Superior de la Judicatura.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

AL HECHO 1: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, el vínculo laboral que sostenía el señor ALCIBIAES DAZA CAICEDO (Q.E.P.D.), pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía.

AL HECHO 2: No es un hecho se cita normatividad expedida por el Gobierno Nacional por lo que me atengo a la literalidad de la normatividad expuesta.

DEL HECHO 3 AL 6: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, Se cita presunta normatividad promulgada por el INPEC, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía del Hospital Universitario San José de Popayán. Me atengo a la literalidad de la normatividad expuesta.

AL HECHO 7: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, se narra en el hecho presuntas solicitudes de reubicación presentadas por el señor ALCIBIADES DAZA CAICEDO al INPEC, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía del Hospital Universitario San José de Popayán. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado.

A LOS HECHOS 8 y 9: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, la atención del paciente en el Hospital Nivel I del Bordo Cauca, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. Me atengo a lo consignado en la historia clínica del Hospital Nivel I del Bordo Cauca.

AL HECHO 10: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía. No obstante conforme a la indicado por el asegurado no es cierto como se presenta. El señor ALCIBIADES DAZA CAICEDO nació el 17 de septiembre de 1970, ingresó EL 21 de julio de 2020 por el servicio de Urgencias, se indicó como motivo de consulta:

MOTIVO DE CONSULTA
REMISION DEL BORDO
ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE DER 49 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN EL BORDO, TRABAJADOR COMO GUARDIA EN EL INPEC. INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION INICIO DE FIEBRE OBJETICVA DE HASTA 38 GRADOS CON ASTENIA ADINAMIA Y MIALGIAS. SIN CEFALEAS NI DIFICULTAD REPSIRATORIA POSTERIORMENTE ES LELVADO A URGENCIAS DONDE DAN EGRESO Y HACE 3 DIAS INICIO CON DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS, TOS SECA SIN ESPECTORACION, NIEGA DOLOR PLEURITICO, TAQUICARDIAS, DOLOR DE PECHO, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA CEFALEAS. SE INGRESA NUEVMENTE A SU PRIMER NIVEL DONDE ENCUENTRAN CON LEUCOCITOSIS Y RX SE OBSERVA SEGUN HISTORIA CONSOLIDACION DE BASE DERECHA Y ATELECTASIAS, POR SOSPECHA DE INFECCION SE TOMA MUESTRA SE LLENAN FICHAS EPIDEMIOLOGIAGAS MANDADAS A REFERENCIA DE ESTE NIVEL Y POSTERIOR REMISION. EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE AUN CON TOS Y SENSACION DE DISNEA ADEMAS DE DESATURACIONES.

Medicina general realiza el siguiente análisis:

ANALISIS
PACIENTE CON CUADRO COMPATIBLE DE NEUMONIA VIRAL ENE L MOMENTO ESTABLE SIN FIEBRE SIN SIRS, CON REQUERIMEITNO DE OXIGENO CON DESAWTURCIONES NO SIGNOS DE RETRACCIONES COSTALES, PARACLINICOS SE OBSERVAN CON ELEVACION DE RFA, NEUTROFILIA, FUNCION RENAL LEVENTE ELEVADA, SIN LATERAICON HIDROELECTROLITICA, FUNCION HEPATICA CONSERVADA, LLAMA ATENCION GASES ARTERIALES CON ALCALOSIS Y PAFI DISMINUICDA, LDH AUMENTADA. ADEMAS DE IMAGENOLOGIA CON VIDRIO ESMERILADO, CON LO ANTERIOR SE CREE PACIENTE CON NEUMONIA VIRAL SE ORDENA INTERCONSUTLA CON MEDICINA INTERNA PENDIENTE DE FERRITINA DIMERO D Y TIEMPOS .



Jacqueline Romero Estrada

Se brinda la atención por las especialidades requeridas, se ordena valoración por la especialidad de nefrología al presentar alteración en su función renal 28-07-2020 informado de ello a sus familiares vía telefónica debido a protocolos institucionales y continua en vigilancia estricta en UCI.

El 31 de julio de 2020 es comentado a UCI:

Enfermedad actual: Paciente masculino de 49 años de edad, procedente del Bordo, que ingresa por cuadro clínico que inicia 1 semana antes del ingreso consistente en fiebre no cuantificada, asociado a tos seca y disnea de medianos esfuerzos. Acude a nivel I en donde consideran cursa como neumonía bacteriana y remiten. A su ingreso estable hemodinámicamente, con requerimiento de FIO2 elevada. Toman exámenes, con leucocitosis con neutrofilia, linfopenia, con creatinina inicial discretamente elevada, con transaminasas elevadas, LDH discretamente elevada, ferritina elevada, troponina inicial negativa, con PCR elevada, con gases arteriales con hipoxemia moderada, con disfunción pulmonar moderada a severa, TACAR de torax con patrón de vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares, de predominio en ápices; con radiopacidades intersticiales en 4 cuadrantes. Consideran posible neumonía viral, a descartar infección por SARS CoV 2, e inician ciclos de pronación consciente que solo tolera el primer día. Toman RT PCR para SARS CoV 2 que aun se encuentra en proceso. Inician manejo antibiótico con ceftriaxona (22/07/20), dexametasona (23/07/20) en protocolo de Covid 19. Influenza A y B negativos. Deterioro de la función renal, con procalcitonina negativa, con hipoxemia y disfunción pulmonar moderada a severa persistente, con hiperlactatemia, con Dímero D de 1071, LDH elevada de 410. Adicionan al manejo azitromicina (27/07/20), inician anticoagulación formal y toman angioTAC en plan de descartar TEP por persistencia de índices de oxigenación bajos y requerimiento de FIO2 elevada, con reinicio de ciclos de pronación, con persistencia de hipoxemia y disfunción pulmonar moderada, por lo que solicitan valoración a UCI por riesgo de falla ventilatoria y requerimiento de VMI. Reporte oficial de angioTAC de torax negativo para TEP. Acudimos por el paciente a sala Covid fisioterapia respiratoria, auxiliar de enfermería y médico, encontrando paciente hemodinámicamente estable, con oxígeno por máscara de reservorio con saturometría de 94%, polipénico, pero sin tirajes ni retracciones y es trasladado hacia la unidad. Últimos exámenes del 29 de Julio muestran leucocitos con neutrofilia, linfopenia, sin trombocitopenia, con tiempos de coagulación normales, fibrinógeno normal, con mejoría de la función renal, con LDH elevada de 460 y gases arteriales con acidosis metabólica hiperlactémica, sin hipoxemia, con disfunción pulmonar moderada a severa.

Ingresa a UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO el 31 de julio de 2020:

Paciente de raza negra, con historia de obesidad e hipertensión arterial, que ingresa en contexto de síndrome de dificultad respiratoria, con patrón radiológico y paraclínicos que sugieren neumonía viral por SARS CoV2, a la espera de reporte de RP PCR y de IGM. Manejado además como sobreinfección bacteriana con ceftriaxona/azitromicina, esquema con dexametasona, y pronó vigil, con evolución estacionaria dada por persistencia de disfunción pulmonar moderada a severa, con requerimiento de FIO2 elevada, aunque clínicamente no luce en condición de falla ventilatoria. Por el momento continua vigilancia clínica estricta, pronó vigil y de acuerdo a evolución clínica y paraclínica se definirá ventilación mecánica invasiva. Se explica al paciente que dice entender y aceptar. Alto riesgo de complicaciones mayores, incluida la muerte.

El 4 de agosto de 2020 la evolución de la mañana consigna:

EVOLUCION CLINICA IRREGULAR DISFUNCION PULMONAR SEVERA ASOCIADA A SIGNOS DE ALARMA SE CONCERTA CON PACIENTE LA NECESIDAD IMPERATIVA DE REALIZAR INTUBACION OT E INICIO DE VENTILACION MECANICA. MI CONSIDERACION ES EL EMPEORAMIENTO DE LA OXIGENACION Y PATRON DE P-SILI/PATIENT SELF INDUCED LUNG INJURY SUMADO A SU GRAVE COMPROMISO MULTIOBAR, EMPEORAMIENTO DE LA DIFERENCIA ALVEOLOARTERIAL, FRECUENCIA RESPIRATORIA/SAFI/OXIGENACION FUERA DE METAS. NECESIDAD DE SOPORTE VASOPRESOR ANTE LAS ELEVADAS DE SEDOANALGESIA TRIPLE Y BLOQUEO NEUROMUSCULAR PARA OBTENER UNA ADECUADA SINCRONIA FRENTE A LA VENTILACION MECANICA CON MEJORIA COMPARATIVA POSTINTUBACION DE LOS INDICES DE OXIGENACION DIURESIS CONSERVADA ELECTROLITOS NORMALES ACEPTABLE CONTROL GLUCEMICO SIN OTRO EVENTO RELEVANTE

SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO

SOPORTE VASOPRESOR

VIGILANCIA METABÓLICA Estricta.

AISLAMIENTO DE CONTACTO Y AEREO POR PROTOCOLO INSTITUCIONAL

ALTO RIESGO DE DESEQUILIBRIO METABÓLICO Y ELECTROLÍTICO

ALTO RIESGO DE DETERIORO HEMODINÁMICO Y RESPIRATORIO

RIESGO DE MUERTE Y OTRAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON SUS PATOLOGÍAS DESCRITAS. RIESGO DE ARRITMIAS, PARO CARDIORESPIRATORIO Y OTRAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.

INFORMACION Y EDUCACION A LA FAMILIA

8 AM SE EXPLICA CLARAMENTE AL PACIENTE QUIEN MANIFIESTA VERBALMENTE ENTENDER LA GRAVEDAD DE LA SITUACION Y ACEPTA Y ACEPTA VERBALMENTE EL PLAN A SEGUIR.

SE EXPLICA CLARAMENTE VIA TELEFONICA A QUIEN SE PRESENTA COMO EL FAMILIAR DISPONIBLE = JAIME LEGUIZAMO EL FAMILIAR MANIFIESTA VERBALMENTE ENTENDER LA GRAVEDAD DE LA SITUACION Y ACEPTA VERBALMENTE EL PLAN A SEGUIR. SE RESUELVEN A PLENITUD LAS DUDAS GENERADAS RESPECTO AL PACIENTE. PRONOSTICO RESERVADO. ALTO RIESGO DE MUERTE Y OTRAS GRAVES COMPLICACIONES.

PRONOSTICO RESERVADO. ALTO RIESGO DE MUERTE Y OTRAS GRAVES COMPLICACIONES.

SE EXPLICA CLARAMENTE AL PACIENTE QUIEN MANIFIESTA VERBALMENTE ENTENDER LA GRAVEDAD DE LA SITUACION Y ACEPTA Y ACEPTA VERBALMENTE EL PLAN A SEGUIR.

Se brinda la atención requerida por el paciente conforme su estado crítico y el 14 de agosto de 2020 se consignó:

Paciente con larga estancia hospitalaria, obeso, hipertenso, que ingresó en contexto de falla ventilatoria, con evidencia de compromiso en vidrio esmerilado de más del 80% a nivel pulmonar, con pruebas rápidas para SARS CoV 2 positivas, con dímero D elevado, con LDH elevada, requerimiento de VMI con parámetros ventilatorios elevados, con Ventilación mecánica invasiva prolongada, persistencia de hipoxemia y disfunción pulmonar. Mala evolución clínica dado por injuria renal aguda con necesidad de terapia dialítica, disfunción pulmonar severa, choque de origen mixto posiblemente cardiogénico y séptico de posible origen pulmonar. En las últimas 24 horas mayor deterioro clínico dado por disfunción pulmonar severo, estado de choque refractario, requiriendo dosis elevadas de noradrenalina y vasopresina en relación a choque refractario, taquicárdico, desaturado, con signos clínicos de hipoperfusión dados por acrocianosis distal, frialdad distal y llenado capilar de más de 10 segundos. Evidencia de acidemia mixta severa, con Ph de 6.7, con disfunción pulmonar severa, con PAFI de 69, gran respuesta leucocitaria, con leucocitosis de 36900, neutrofilia, con anemia estable PCR elevada, con tiempos de coagulación reportados normales, hiperazoemia, con hipercalemia leve, con calcio normal. Paciente con disfunción orgánica múltiple y falla para prosperar a pesar de las medidas de manejo avanzadas, con mortalidad de más del 80% dada solo por el estado de choque refractario y requerimiento de vasopresor a dosis elevadas. Se explica a hermana y cuñado del paciente quienes se hacen presentes, la situación de gravedad del paciente y el estado crítico y condición irreversible, con alto riesgo de fallecer, dicen entender y aceptar.



Jacqueline Romero Estrada

Luce en pesima condicion general. Signos vitales al momento de la valorcion- fc 0 fr 9 t° 30 pam 0 pa 0 sin signos vitales. Al examen fisico impresiona cianosis, palidez y frialdad generalizada, conjuntivas intensamente palidas, ausencia de pulso carotideo y femoral, apnea con ausencia de ruidos cardiacos, patron moteado generalizado. A nivel de la piel persiste con midriasis paralitica sin ninguna respuesta neurologica gcs 3 / 15, hipotonia, arreflexia generalizada, ausencia reflejos de tallo. En visoscopio ritmo de asistolia. Se aplica protocolo para asistolia sin verificarse actividad alguna.

Paciente con episodio de parada cardiaca y actualmente sin signos de vitalidad alguna. Por directrices comentadas y aspectos eticos/humanos de la reanimacion no es candidato a realizar maniobras heroicadas, puesto que ya se encuentra con el manejo avanzado y en estado de irreversibilidad.

Se declara su muerte a las 9+45 horas del 14 de agosto de 2020.

AL HECHO 11: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, corresponden a apreciaciones subjetivas de la parte demandante que deberán ser demostradas de manera fehaciente en el decurso procesal.

AL HECHO 12: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, la comunicación expedida por el INPEC, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía del Hospital Universitario San José de Popayán. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado.

AL HECHO 13: No le consta a **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, las peticiones y respuestas que se narran, pues esta información es totalmente ajena al conocimiento de mi representada como entidad de seguros llamada en garantía del Hospital Universitario San José de Popayán. Por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado.

AL HECHO 14: No es un hecho se trata del derecho de postulación del abogado.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

PRIMERA: Me opongo a que se declare administrativa y patrimonialmente responsable al **HOSPITAL UNIVERISTARIO SAN JOSE DE POPAYAN** por la falla en la prestación del servicio médico brindado al señor **ALCIBIADES DAZA CAICEDO**, pues no fue aportado material probatorio suficiente para endilgar en cabeza de mi asegurado ningún tipo de responsabilidad.

SEGUNDA: Por lo anterior nos oponemos a la condena de la siguiente pretensión:

- PERJUICIOS MORALES:

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS se opone de manera directa, al perjuicio moral toda vez que el **HOSPITAL UNIVERISTARIO SAN JOSE DE POPAYAN** no incurrió en falla del servicio de la cual se derivase el hecho dañoso, y en esa medida no se cumplen los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño o perjuicio (así como de su cuantía) y la imprescindible relación de causalidad entre el primero y éste último.

No obstante, lo anterior, en el hipotético caso de considerarse responsabilidad alguna por parte de la demandada, una vez se acredite el nivel de afectación, el pedimento de resarcimiento por concepto de los perjuicios morales debe corresponder con los límites fijados por el Consejo de Estado en Acta del 28 de agosto de 2014, a través de la cual unificó



jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales así:

“ (...)

1. TIPOLOGÍA DEL PERJUICIO INMATERIAL

De conformidad con la evolución de la jurisprudencia, la Sección Tercera del Consejo de Estado **reconoce tres tipos de perjuicios inmateriales:**

i) **Perjuicio moral;**

El concepto se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

2.1 REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE

Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio (100 smlmv).

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio.

La siguiente tabla recoge lo expuesto:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva. “

Dentro del escrito de demanda este perjuicio fue pedido de la siguiente manera:



Jacqueline Romero Estrada

DEMANDANTE	S.M.L.M.V.	VALOR INDEMNIZACIÓN
Carlos Alberto Daza Caicedo	100 S.M.L.M.V	\$116.000.000
Yadira Daza Caicedo	100 S.M.L.M.V	\$116.000.000
Felisa Daza Caicedo	100 S.M.L.M.V	\$116.000.000
Waldina Daza Caicedo	100 S.M.L.M.V	\$116.000.000
María Zulay Daza Caicedo	100 S.M.L.M.V	\$116.000.000
Nilo Daza Caicedo	100 S.M.L.M.V	\$116.000.000
Ángel María Daza Caicedo	100 S.M.L.M.V	\$116.000.000
María Evila Caicedo Rodríguez	100 S.M.L.M.V	\$116.000.000
Martha Ema Caicedo Rodríguez	100 S.M.L.M.V	\$116.000.000
TOTAL	900 S.M.L.M.V	\$1.044.000.000

No puede pasar por alto el Juzgador que en la demanda no se explican los argumentos que justifican esta petición indemnizatoria; los demandantes tampoco incorporan ningún elemento de prueba que deje entrever la existencia del mismo, por ejemplo, no se incluyó copia de la Historia Clínica de los accionantes, la cual demostrara un seguimiento por psicología mucho menos por psiquiatría, ni siquiera se incorporó consulta por psicología que diera cuenta de la afectación en la magnitud que se aduce en el escrito demandatorio.

Adviértase que la indemnización por un daño ocurrido, luego de que se haya producido una declaratoria de responsabilidad administrativa en contra de la parte pasiva, no debe nunca enriquecer a los demandantes, en un franco desmedro de aquella; toda vez que el daño a indemnizar, debe corresponderse exactamente con la magnitud del mismo, y con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales ocurrió el mencionado siniestro, ni más ni menos.

Finalmente, en gracia de discusión, y sin que implique reconocimiento de responsabilidad en ningún sentido, solicito al Juez de la manera más respetuosa que, tenga en cuenta que para la reparación de este perjuicio, sólo si eventualmente y remotamente hay lugar a ello, debe ajustarse a los límites jurisprudencialmente establecidos, atendiendo a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado en favor de los demandantes, en un franco desmedro de la contraparte.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

- **INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPIOS DE LA RESPONSABILIDAD Y DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL ACTO U OMISIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN Y LOS SUPUESTO PERJUICIOS ALEGADOS POR LA PARTE ACTORA**

Para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que consecuencia de esta sobrevengan perjuicios a los demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

1) La culpa, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas



Jacqueline Romero Estrada

circunstancias externas. Este elemento deberá ser fehacientemente probado por los demandantes.

2) El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas. También compete a los demandantes su demostración.

3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiriera la categoría de cierto e indemnizable.

De esta manera la jurisprudencia lo ha sostenido mediante ponencia reciente, radicada bajo el No. 17837 con ponencia de la Doctora MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR; en la que señala:

"De cara a este concepto, tratándose del régimen de responsabilidad médica, deberán estar acreditados en el proceso todos los elementos que configuran la responsabilidad de la administración, de manera que le corresponde a la parte actora acreditar el hecho dañoso y su imputabilidad al demandado, el daño y el nexo de causalidad entre estos, para la prosperidad de sus pretensiones. En suma, en cumplimiento del artículo 177 del C. de P. C., incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen, y, por lo tanto, corresponde a la parte actora probar los hechos por ella alegados."
(Subrayado y negrilla nuestro).

Dentro del caso analizado se tiene entonces que los elementos o supuestos de hecho que deben intervenir para que logre configurarse una responsabilidad patrimonial para el demandado **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**, no se conforman, simple y llanamente porque estos elementos deben ser concurrentes entre sí cosa que no se da pues, si bien existe o existió un supuesto daño este no tiene ningún tipo de hilo conductor que lo lleve a relacionarlo con el demandado.

Y es que al hablar de causalidad en torno a la responsabilidad no necesariamente la del Estado sino desde el concepto general, que es aplicable a este tópico se puede abordar desde el punto de vista de Taruffo, la cual se entiende como la concreción de un resultado causado a partir de otro hecho específico y determinado. Pues, para éste autor, la causalidad tiene dos componentes empíricos y otro cuya apreciación se lleva a las denominadas leyes de cobertura. Los empíricos son el hecho generador y el hecho generado; las leyes de cobertura hacen la unión entre uno y otro hecho¹.

Para señalar que un hecho es la consecuencia de otro por sí solo no se puede acudir empíricamente a criterios de interpretación y al uso de elementos, sino que se debe ser consciente que éstas deben corresponder a su demostración a través de los medios de prueba de aquellos que se establecen en los artículos 164 y 165 del Código General del Proceso.

Acudiendo entonces a lo aportado por el reclamante dentro del libelo de la demanda no se encuentra registro alguno que permita dilucidar que la falla en el servicio se da y en la misma vía el nexo de causalidad atribuible

¹ TARUFFO, Michael. La Prueba. Madrid. Marcial pons.2008 Páginas 256,262-263.



Jacqueline Romero Estrada

Firma de Abogados S.A.S

por lo que no NACE ningún tipo de Responsabilidad u obligación tanto para el asegurado como para la aseguradora aquí referidas.

Como consta en la Historia clínica del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN, ingresó EL 21 de julio de 2020 por el servicio de Urgencias, la atención brindada al señor **ALCIBIADES DAZA CAICEDO**, tanto profesional como institucionalmente, se prestó con fundamento a los protocolos y buenas prácticas establecidas en la materia, se cumplieron los protocolos antes y después del procedimiento. Se trató de un paciente que ingresa con MOTIVO CONSULTA:

PACIENTE DER 49 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, RESIDENTE EN EL BORDO, TRABAJADOR COMO GUARDIA EN EL INPEC. INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION INICIO DE FIEBRE OBJETICVA DE HASTA 38 GRADOS CON ASTENIA ADINAMIA Y MIALGIAS, SIN CEFALEAS NI DIFICULTAD REPSIRATORIA POSTERIORMENTE ES LELVADO A URGENCIAS DONDE DAN EGRESO Y HACE 3 DIAS INICIO CON DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS, TOS SECA SIN ESPECTORACION, NIEGA DOLOR PLEURITICO, TAQUICARDIAS, DOLOR DE PECHO, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA CEFALEAS. SE INGRESA NUEVMENTE A SU PRIMER NIVEL DONDE ENCUENTRAN CON LEUCOCITOSIS Y RX SE OBSERVA SEGUN HISTORIA CONSOLIDACION DE BASE DERECHA Y ATELECTACIAS, POR SOSPECHA DE INFECCION SE TOMA MUESTRA SE LLENAN FICHAS EPIDEMIOLOGIACAS MANDADAS A REFERENCIA DE ESTE NIVEL Y POSTERIOR REMISION. EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE AUN CON TOS Y SENSACION DE DISNEA ADEMAS DE DESATURACIOINES.

El paciente es ingresado a UCI, REQUIERE SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO SOPORTE VASOPRESOR VIGILANCIA METABÓLICA ESTRICTA. AISLAMIENTO DE CONTACTO Y AEREO POR PROTOCOLO INSTITUCIONAL ALTO RIESGO DE DESEQUILIBRIO METABÓLICO Y ELECTROLÍTICO ALTO RIESGO DE DETERIORO HEMODINÁMICO Y RESPIRATORIO RIESGO DE MUERTE Y OTRAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON SUS PATOLOGÍAS DESCRITAS. RIESGO DE ARRITMIAS, PARO CARDIORESPIRATORIO Y OTRAS COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.

Por lo anterior, se vislumbra que una vez que el paciente ingresó a la institución fue evaluado por el médicos y médicos especialistas. No obstante, pese a los innumerables esfuerzos para salvaguardar la vida del paciente **ALCIBIADES DAZA CAICEDO** se produce su deceso, pero se reitera que el fallecimiento aconteció por el delicado estado de salud con el que arribó a la institución, registrándose en la historia clínica y siendo informado sus familiares.

Por lo tanto, es necesario concluir que no se logra demostrar la existencia del vínculo característico que se requiere para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil porque en el caso que acá se debate, la parte actora no logra demostrar, cómo el actuar del demandado **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN** fue una causa determinante y eficiente para el perfeccionamiento del perjuicio que exige se le repare. Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL**

La excepción se plantea desde el punto de vista de la evaluación de las teorías de la imputación objetiva que debe ser analizada para establecer si



Jacqueline Romero Estrada

Firma de abogados S.A.S

una conducta se enmarca dentro de los parámetros de la responsabilidad por falla del servicio en la atención de la Salud.

Así se teorizan, la posición de garante y el deber de cuidado, teoría esta última que parte del punto de vista de la creación de un riesgo no permitido o el incremento de uno permitido, es decir la “creación de un riesgo jurídicamente desaprobado” para el bien jurídico protegido y la concreción del peligro en el hecho concreto causante del resultado.

Ahora bien, desde el punto de vista de la RELACIÓN DE CAUSALIDAD, como requisito fundamental de demostración de la negligencia médica, a cargo de la parte demandante, culpa probada, tenemos, que el daño reclamado, no tiene ninguna relación con la conducta de la entidad demandada “**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**”, y de su personal médico, puesto que de conformidad con lo consignado por nuestro asegurado respecto con la historia Clínica del paciente, hubo una atención dentro de los términos médicos del caso, con observancia de los protocolos que la literatura médica ha definido, emplearon de forma oportuna los procedimientos médicos, que revelan claramente que las complicaciones y su posterior fallecimiento que se narran en la demanda tuvo el señor **ALCIBIAES DAZA CAICEDO**, no obedeció a alguna falla en el servicio médico que se le prestó en las instalaciones del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**.

Al respecto el Doctor Javier Tamayo Jaramillo, en la obra sobre la Prueba en la culpa médica, recuerda que “entre la conducta del médico y el daño causado, debe existir una relación de causalidad, es decir, que el daño debe ser efecto o resultado de aquella conducta, la cual obra como causa eficiente en la producción del perjuicio. La conducta del médico tiene que ser la causa del daño, que presupone dos condiciones: En primer lugar la conducta médica debe ser la causa próxima y determinante en la producción del daño, que es cuando debido a la actuación médica se ha contribuido en un mayor grado a la producción del resultado, de tal manera que si no hubiera sido por ese actuar el daño no se hubiese ocasionado, por lo que el médico que incurriendo en falta en una operación efectuada a un paciente, no responde del daño, si demuestra que el resultado habría sobrevenido de todas maneras, por causa ajena a su actuación; es decir que si el médico comete falta y se produce un daño, pero él no ha sido la causa eficiente de ese daño, no se compromete su responsabilidad. Sobre este elemento ha dicho nuestra Corte Suprema de Justicia “.... Como regla general en los litigios sobre Responsabilidad Profesional Medica, como en todo problema de responsabilidad, debe establecerse la relación de causalidad entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el paciente. Por lo tanto, el medico no será responsable de la culpa o falta que se le imputa, sino cuando estas hayan sido las determinantes del perjuicio causado.

Entendida la actividad medica como de medio y no de resultado, ello compromete al galeno a suministrar los cuidados pertinentes y necesarios para la obtención de un “buen estado de salud”, no hacerlo, hacerlo tardíamente, incurrir en equivocaciones como el error de diagnóstico del tratamiento no observar la llamada “lex artis” son algunas de las causas



Jacqueline Romero Estrada

“adecuadas” (teoría de la causalidad adecuada) que llevar a determinar una relación de causalidad, incurriéndose en una responsabilidad; no demostrada en el proceso a estudio.-

Para el caso en concreto las complicaciones en la salud del señor **ALCIBIADES DAZA CAICEDO**, se derivaron, según los demandantes, a causa de no ser reubicado por su empleador INPEC y se describen presuntas acciones u omisiones de entidad diferente al Hospital Universitario San José de Popayán ESE.

En consecuencia, al no existir demostrada la negligencia médica, por no configurarse los elementos teleológicos de la responsabilidad de la institución de salud, respecto de la atención brindada al señor **ALCIBIAES DAZA CAICEDO**, por falla en el servicio, se debe absolver, pues los presuntos perjuicios reclamados por la parte demandante no son atribuibles al **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN** y mucho menos a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

- **EL EQUIPO MÉDICO DISPUESTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE NO INCURRIÓ EN ERROR DE CONDUCTA NI EN OMISIÓN PROFESIONAL, CONSECUENTEMENTE SE PROPONE COMO EXCEPCIÓN LA INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSA A EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER INSTITUCIONAL, LOS ACTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL RESULTADO INSATISFACTORIO.**

Siendo la ciencia médica, una ciencia inexacta por naturaleza, al ser ciencia valorativa, así puede ocurrir en muchos casos que ante un mismo paciente con determinados síntomas varios médicos ofrecen diagnósticos distintos, inexacta por la normal interferencia en la curación, de circunstancias generalmente imprevisibles como calidad de los medicamentos, resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad, etc.

Pues recordemos que la conducta que se implementa al ir precedida de un juicio de valor, no puede hacerle exigible la infalibilidad, dado el grado de discrecionalidad que tienen los profesionales en la elección de los diferentes medios conocidos por la ciencia médica. El médico, dado el criterio de discrecionalidad científica debe gozar de plena libertad para elegir el tratamiento correcto emprendiendo las iniciativas que estime correctas. Someter tal conducta al posterior control judicial para determinar si cumplió o no, comprobar si hubo o no culpa, expone la actividad médica al riesgo de coartar la libre elección e iniciativa del profesional.

En ese sentido el jurista Alier Hernández coincide en el planteamiento cuando al hacer pronunciamiento expresó:

"(...) Cuando se conoce la causa de muerte o la lesión sufrida por el paciente, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico esta ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación



Jacqueline Romero Estrada

matemática. Sobre este punto, el profesor Ataz López previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar (...)".
(Sentencia del 7 de diciembre de 2004, Expediente 744)

De acuerdo con el criterio científico, los médicos que atendieron brindada al señor **ALCIBIAES DAZA CAICEDO** en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**, desde su ingreso, se le brindó una atención diligente y adecuada por el equipo médico, luego los hechos sobrevinientes no se pueden enmarcar dentro de la terminología jurídica de daño. Analizados los medios utilizados, se encuentra que estos estuvieron debidamente empleados, lo que significa es que no hay evidencia que permita considerar que el Equipo Médico, obrara de forma imperita, negligente o imprudente, o violando reglas de cuidado, por el contrario, en la historia clínica existen suficientes elementos para concluir que su conducta fue adecuada y diligente durante el lapso de tiempo que fue atendida.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **LA ATENCIÓN MEDICA BRINDADA SE CUMPLIÓ CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA.**

De los documentos anexos al traslado de la demanda y los que se aportan a este escrito, se corrobora que la atención médica se brindó conforme los protocolos establecidos y con el lleno de los requisitos y estándares de calidad. A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico de conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar el médico enfrenta no solo la lesión con las que llega el paciente sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrático de cada paciente (características propias de cada cuerpo humano), así como el alea terapéutico siempre presente en los tratamientos médicos.

Por ello los protocolos de manejo médico en principio solo constituyen guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de **la lex artis**, se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que **"debe hacerse"**, lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebido son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, entre tanto que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

En este sentido nos identificamos plenamente con los conceptos expuestos por Celia Weingarten al indicar que únicamente es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular y normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado.



Jacqueline Romero Estrada

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que, ante el acaecimiento de un daño a la integridad física, pueda ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dado el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa (alea terapéutica), o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al accionar médico. Pues ello visto, aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico. Como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

- **EXONERACION POR CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE MEDIO.**

Se erige esta excepción manifestando que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SNA JOSE DE POPAYAN** cumplió con los deberes profesionales que la ciencia en particular les exigía; y es que el médico contrae frente a los pacientes una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente puede alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Tal como lo menciona El Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, dentro del Radicado No. 76001-23-31-000-2004-01210-02(33492), providencia del 26 de febrero de 2014 y con ponencia del Consejero Carlos Alberto Zambrano Barrera, citando el expediente No. 18947 de marzo 24 de 2011, hizo alusión a que la práctica médica debía observarse desde la perspectiva del empleo de medios y no de resultados, expresando con ello, que el galeno está en la obligación de aplicar los protocolos necesarios para contrarrestar las patologías que presentan los pacientes a través de procedimientos que resulten riesgosos, aplicando la *lex artis*, a fin de obviar cualquier riesgo, pues de dicha manera no tendrá responsabilidad alguna pese a que los resultados en el paciente sean contrarios a los esperados, ya que lo importante es evitarlos empleando todos los medios que tenga a su alcance.

Por lo anterior dicha excepción debe prosperar.

- **EXCESIVA VALORACIÓN DE PERJUICIOS INMATERIALES**

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté reconociendo responsabilidad a cargo del extremo pasivo **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**, y, por ende, de mi representada, solo para manifestar que bajo el hipotético caso en que el Juzgado emitiera un fallo condenatorio al demandado, las sumas reclamadas deben necesariamente reajustarse para reconocer (si a ello hubiere lugar) lo que efectivamente correspondiera, de conformidad con el perjuicio efectivamente causado y debidamente acreditado en el curso procesal.

Específicamente tratándose de los perjuicios reclamados por el extremo actor, debe señalarse que se encuentran ampliamente desbordados, y contrarían los lineamientos jurisprudenciales vigentes para el fin,



Jacqueline Romero Estrada

teniendo en cuenta que, como se indicó los topes fijados por el Consejo de Estado en Acta del 28 de agosto de 2014, a través de la cual unificó jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento de daños inmateriales. De este modo, resulta inadmisibile que se reconozcan suma que superan ostensiblemente los parámetros ya establecidos por el máximo órgano de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

Por los argumentos expuestos, solicito amablemente al Despacho tener por probada la presente excepción.

• **INNOMINADA**

Fundamento esta excepción en cualquier hecho o derecho que resultare probado dentro del proceso, con capacidad para absolver a mi representada de los cargos que se le imputan, de la responsabilidad que se le endilga y en general de las condenas y demás pretensiones del demandante.

Por ende, ruego declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO II

CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN

A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

AL HECHO PRIMERO: Es cierto. No obstante, se pone en conocimiento las vigencias para cada una de las pólizas referidas.

Entre mi procurada como aseguradora y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN, como tomador y asegurado, se concertaron los siguientes contratos de seguro bajo la póliza no. **1001598**:

NUMERO POLIZA: 1001598 | RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL | SUCURSAL: 16 - POPAYAN

NÚMERO ENDOSO	TIPO ENDOSO	FECHA VIGENCIA DESDE	FECHA VIGENCIA HASTA
0	EXPEDICION	01 ago. 2005	28 feb. 2006
1	RENOVACION	28 feb. 2006	28 sept. 2006
2	MODIFICACION	13 mar. 2006	28 sept. 2006
3	REVERSION ENDOSO	13 mar. 2006	28 sept. 2006
4	MODIFICACION	09 mar. 2006	28 sept. 2006
5	PRORROGA	28 sept. 2006	31 ene. 2007
6	RENOVACION	31 ene. 2007	31 ene. 2008



Jacqueline Romero Estrada

7	RENOVACION	31 ene. 2008	31 ene. 2009
8	REVERSION ENDOSO	31 ene. 2008	31 ene. 2009
9	RENOVACION	31 ene. 2008	31 ene. 2009
10	RENOVACION	31 ene. 2009	31 ene. 2010
11	RENOVACION	31 ene. 2010	31 ene. 2011
12	REVERSION ENDOSO	31 ene. 2010	31 ene. 2011
13	RENOVACION	31 ene. 2010	21 dic. 2010

14	PRORROGA	21 dic. 2010	31 ene. 2011
15	RENOVACION	31 ene. 2011	01 ene. 2012
16	PRORROGA	01 ene. 2012	01 abr. 2012
17	PRORROGA	01 abr. 2012	16 may. 2012
18	RENOVACION	16 may. 2012	31 ene. 2013
19	MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA	25 jul. 2012	31 ene. 2013
20	RENOVACION	31 ene. 2013	30 nov. 2013
21	MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA	12 abr. 2013	30 nov. 2013

22	PRORROGA	30 nov. 2013	27 ene. 2014
23	PRORROGA	27 ene. 2014	05 feb. 2014
24	RENOVACION	05 feb. 2014	22 jun. 2014
25	MODIFICACION	20 may. 2014	22 jun. 2014
26	RENOVACION	22 jun. 2014	10 ene. 2015

Entre mi procurada como aseguradora y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN, como tomador y asegurado, se concertaron los siguientes contratos de seguro bajo la póliza no. **1003070**:



Jacqueline Romero Estrada

NUMERO POLIZA: 1003070 | RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL | SUCURSAL: 16 - POPAYAN

NÚMERO ENDOSO	TIPO ENDOSO	FECHA VIGENCIA DESDE	FECHA VIGENCIA HASTA
0	EXPEDICION	10 ene. 2015	20 ene. 2016
1	MODIFICACION	10 ene. 2015	20 ene. 2016
2	MODIFICACION	19 may. 2015	20 ene. 2016
3	RENOVACION	20 ene. 2016	01 ene. 2017
4	PRORROGA	01 ene. 2017	11 ene. 2017

Entre mi procurada como aseguradora y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN, como tomador y asegurado, se concertaron los siguientes contratos de seguro bajo la póliza no. **1003576**:

NUMERO POLIZA: 1003576 | RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL | SUCURSAL: 16 - POPAYAN

NÚMERO ENDOSO	TIPO ENDOSO	FECHA VIGENCIA DESDE	FECHA VIGENCIA HASTA
0	EXPEDICION	11 ene. 2017	11 ene. 2018
1	PRORROGA	11 ene. 2018	17 ene. 2018
2	RENOVACION	17 ene. 2018	17 ene. 2019

Entre mi procurada como aseguradora y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN, como tomador y asegurado, se concertaron los siguientes contratos de seguro bajo la póliza no. **1004103**:

NUMERO POLIZA: 1004103 | RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL | SUCURSAL: 16 - POPAYAN



Jacqueline Romero Estrada

NÚMERO ENDOSO	TIPO ENDOSO	FECHA VIGENCIA DESDE	FECHA VIGENCIA HASTA
0	EXPEDICION	17 ene. 2019	17 ene. 2020
1	PRORROGA	17 ene. 2020	16 feb. 2020
2	RENOVACION	16 feb. 2020	16 feb. 2021
3	REVERSION ENDOSO	16 feb. 2020	16 feb. 2021
4	RENOVACION	16 feb. 2020	16 feb. 2021
5	REVERSION ENDOSO	16 feb. 2020	16 feb. 2021
6	RENOVACION	16 feb. 2020	16 feb. 2021
7	RENOVACION	16 feb. 2021	16 feb. 2022
8	RENOVACION	16 feb. 2022	16 feb. 2023

La modalidad de cobertura de las pólizas en mención fue *Claims Made*, con periodo de retroactividad, que la responsabilidad civil médica incluyendo predios, labores y operaciones, sin embargo, es necesario advertir desde ya que los mentados contratos de seguro no ofrecen cobertura para los hechos que dieron origen al presente litigio, como quiera que no concurren los presupuestos necesarios para que nazca obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora, de conformidad con la modalidad de cobertura.

En efecto, para que pueda afectarse los aludidos contratos de seguro deben presentarse simultáneamente los siguientes presupuestos: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y luego, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

Así las cosas, descendiendo al caso concreto, tenemos que, si bien los hechos ocurren dentro del periodo de vigencia únicamente para la póliza 1003576, lo cierto es que la primera reclamación formulada al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ocurrió el **09 de agosto de 2022**, cuando se solicitó la audiencia de conciliación prejudicial en la Procuraduría General de la Nación, adjunta por el extremo actor, de



Jacqueline Romero Estrada

Firma de Abogados S.A.S.

modo que dicha reclamación se surtió cuando los referidos contratos ya no se encontraban vigentes.

Pues como se evidencia la última póliza no. **1001598** expedida por mi representada certificado no. 26 estuvo vigente desde el 22 de junio de 2014 al 10 de enero de 2015.

La última póliza no. **1003070** expedida por mi representada certificado no. 4 estuvo vigente desde el 01 de enero de 2017 al 11 de enero de 2017.

La última póliza no. **1003576** expedida por mi representada certificado no. 2 estuvo vigente desde el 17 de enero de 2018 al 17 de enero de 2019.

En suma, en el caso que hoy nos ocupa, resulta imposible afectar las pólizas No. **1001598, 1003070, 1003576 y los certificados No. 0, 6 y 7 de la póliza No. 1004103**, que vinculan a mi representada al proceso, habida cuenta de no concurrir los presupuestos necesarios para hacer efectivo el amparo concertado.

Se hace aclaración que para este caso, la póliza que eventualmente podría afectarse y vincularse al proceso sería **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103 CERTIFICADO NO. 8** con vigencia desde el 16 de febrero de 2022 hasta el 16 de febrero de 2023, el cual tiene pactado un periodo de retroactividad desde el año 2005 y se encontraba vigente para la fecha de la reclamación, esto es la fecha de la solicitud de la audiencia prejudicial, la cual se presentó el día **09 de agosto de 2022** ante la procuraduría general de la nación.

AL HECHO SEGUNDO: No es cierto como está redactado. El objeto del contrato de seguro suscrito entre el Hospital Universitario San José de Popayaán y La Previsora S.A. Compañía de Seguros, se definió en los siguientes términos:

OBJETO DEL SEGURO

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

Como se observa, de manera clara, precisa y sin lugar a distintas interpretaciones, se determinó que los eventos susceptibles de amparo debían ser **reclamados durante la vigencia de la póliza.**

Es claro que la sola vigencia de la póliza para el momento de los hechos, no significa que exista de manera automática una obligación indemnizatoria a cargo de mi procurada, pues esta solo surge cuando el siniestro efectivamente ocurre, conforme a los términos de la cobertura pactada, que para el caso en concreto fue contratada bajo la modalidad "Claims Made", deben presentarse simultáneamente los siguientes presupuestos para que opere el amparo de las coberturas concertadas: primero, que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y segundo, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.



Jacqueline Romero Estrada

Firma de abogados S.A.S.

No es cierto que las pólizas en mención se encontraban vigentes para la fecha de la reclamación como lo indica la apoderada del llamante, descendiendo al caso concreto, tenemos que, si bien los hechos ocurren dentro del periodo de vigencia únicamente para la póliza 1004103 certificado No. 6, lo cierto es que la primera reclamación formulada al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ocurrió el **09 de agosto de 2022**, cuando se solicitó la audiencia de conciliación prejudicial en la Procuraduría General de la Nación, adjunta por el extremo actor, de modo que dicha reclamación se surtió cuando los referidos contratos ya no se encontraba vigentes.

Pues como se evidencia la última póliza no. **1001598** expedida por mi representada certificado no. 26 estuvo vigente desde el 22 de junio de 2014 al 10 de enero de 2015.

La última póliza no. **1003070** expedida por mi representada certificado no. 4 estuvo vigente desde el 01 de enero de 2017 al 11 de enero de 2017.

La última póliza no. **1003576** expedida por mi representada certificado no. 2 estuvo vigente desde el 17 de enero de 2018 al 17 de enero de 2019.

En suma, en el caso que hoy nos ocupa, resulta imposible afectar las pólizas No. **1001598, 1003070 y 1003576 y los certificados No. 0, 6 y 7 de la póliza No. 1004103**, que vinculan a mi representada al proceso, habida cuenta de no concurrir los presupuestos necesarios para hacer efectivo el amparo concertado.

Se hace aclaración que para este caso, la póliza que eventualmente podría afectarse y vincularse al proceso sería **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103 CERTIFICADO NO. 8** con vigencia desde el 16 de febrero de 2022 hasta el 16 de febrero de 2023, el cual tiene pactado un periodo de retroactividad desde el año 2005 y se encontraba vigente para la fecha de la reclamación, esto es la fecha de la solicitud de la audiencia prejudicial, la cual se presentó el día **09 de agosto de 2022** ante la procuraduría general de la nación.

AL HECHO TERCERO: Es parcialmente cierto. Es cierto que en este Despacho cursa medio de control de Reparación Directa en contra del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E., en el que se pretende sea declarado administrativamente responsable de la presunta falla del servicio médico asistencial en la atención brindada al señor ANGEL MARÍA DAZA CAICEDO.

No es cierto que todas las pólizas referidas se encontraban vigentes para la fecha de la atención brindada al señor ANGEL MARÍA DAZA CAICEDO en el mes de julio de 2020.

Pues como se evidencia en las vigencias relacionadas de cada póliza, la única póliza que se encontraba vigente para la fecha de los hechos es el certificado no. 6 de la póliza no. **1004103**, sin embargo, es claro que la sola vigencia de la póliza para el momento de los hechos, no significa que exista de manera automática una obligación indemnizatoria a cargo de mi procurada, pues esta solo surge cuando el siniestro efectivamente ocurre, conforme a los términos de la cobertura pactada, que para el caso en concreto fue contratada bajo la modalidad "Claims Made", deben presentarse simultáneamente los siguientes presupuestos para que opere el amparo de las coberturas concertadas: primero, que los



Jacqueline Romero Estrada

hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad pactado, y segundo, que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule por primera vez al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza.

Presupuestos que como se indicó anteriormente no se cumplen con las pólizas No. **1001598, 1003070 y 1003576 y los certificados No. 0, 6 y 7 de la póliza No. 1004103**, por las cuales se vincula a mi representada, como se manifestó en el hecho anterior, por lo tanto, resulta imposible afectar los contratos de seguro aludidos.

AL HECHO CUARTO: Las citadas Póliza como cualquier contrato de seguro, se circunscriben estrictamente a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, su vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza.

Así las cosas, descendiendo al caso concreto, tenemos que, si bien los hechos ocurren dentro del periodo de vigencia únicamente para la póliza 1004103 certificado No. 6, lo cierto es que la primera reclamación formulada al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ocurrió el **09 de agosto de 2022**, cuando se solicitó la audiencia de conciliación prejudicial en la Procuraduría General de la Nación, adjunta por el extremo actor, de modo que dicha reclamación se surtió cuando los referidos contratos **1001598, 1003070, 1003576 y los certificados No. 0, 6 y 7 de la póliza No. 1004103** ya no se encontraban vigentes.

Se hace aclaración que para este caso, la póliza que eventualmente podría afectarse y vincularse al proceso sería **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103 CERTIFICADO NO. 8** con vigencia desde el 16 de febrero de 2022 hasta el 16 de febrero de 2023, el cual tiene pactado un periodo de retroactividad desde el año 2005 y se encontraba vigente para la fecha de la reclamación, esto es la fecha de la solicitud de la audiencia prejudicial, la cual se presentó el día **09 de agosto de 2022** ante la procuraduría general de la nación.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

- **NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA “CLAIMS MADE” PACTADA EN LAS PÓLIZAS No. 1001598, 1003070, 1003576 Y LOS CERTIFICADOS NO. 0 6 Y 7 DE LA PÓLIZA NO. 1004103 Y POR LO TANTO, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS EN VIRTUD DE TAL CONTRATO**

Sin perjuicio de las manifestaciones hechas frente a la ineficacia del llamamiento en garantía, resulta importante manifestar al despacho que en cualquier evento, **LAS PÓLIZAS NO. 1001598, 1003070, 1003576 y los certificados No. 0, 6 y 7 de la póliza No. 1004103**, con fundamento en las



Jacqueline Romero Estrada

cuales se vincula a mi representada al presente proceso, no ofrecen cobertura para los hechos que se discuten en el mismo, como a continuación se evidencia:

De conformidad con el condicionado de las pólizas en comento, expedidas por mi representada, la modalidad de cobertura ofrecida fue *Claims Made*.

Como ya es sabido, esta modalidad de contrato requiere no solo acreditar la realización del siniestro, en los términos del artículo 1131 del Código de Comercio, sino también, el presupuesto del cual se desprende que la reclamación del mismo se efectuó durante la vigencia de la Póliza. Así, puntualmente, reiteró la Corte Suprema de Justicia recientemente²:

*De ahí que a más de la configuración del siniestro o realización del riesgo asegurado (art. 1072 del C.Co.), que en el seguro de responsabilidad tiene una regla especial (art. 1131 id.), **lo cierto es que cuando se ha pactado la forma de reclamación hecha (claims made), es menester el descubrimiento de la pérdida o el reclamo del perjudicado al asegurado o al asegurador, en el término de vigencia de la póliza que se hubiese acordado**, o en el plazo posterior convenido.*

Más adelante especificó:

*Consecuentemente, en el sistema tradicional el débito del asegurador surge con la ocurrencia de los hechos que generan la responsabilidad -siniestro-, dentro del término de vigencia de la póliza, sin atender el tiempo posterior en que se haga el reclamo, limitado tan sólo por los plazos de prescripción; **a diferencia de estas variantes de claims made, en que se requiere que además del siniestro en tiempo anterior o coetáneo al espacio temporal del amparo**, la reclamación se haga dentro del término específico y delimitado en el contrato, que en armonía con lo concertado, puede ser durante la vigencia de la póliza o en un periodo adicional y específico. (Énfasis propio).*

De todo lo anterior se concluye, sin lugar a duda, que tal modalidad de cobertura requiere la concurrencia necesaria de los presupuestos arriba indicados, esto es, la realización del siniestro en la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, y la reclamación de este en el período de vigencia.

De este modo, es claro que no pueden afectarse las pólizas No. **1001598, 1003070, 1003576 y los certificados No. 0, 6 y 7 de la póliza No. 1004103**, dado que, muy a pesar de haber ocurrido el hecho que dio base a la acción durante el periodo de vigencia (únicamente para la póliza 1004103 certificado No. 6, la reclamación solo se efectuó hasta el día **09 de agosto de 2022**, es decir, por fuera de la vigencia de las pólizas, cuando se solicitó la audiencia de conciliación prejudicial en la Procuraduría General de la Nación, según la Constancia, adjunta por el extremo actor.

² Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.



Jacqueline Romero Estrada

Pues como se evidencia la última póliza no. **1001598** expedida por mi representada certificado no. 26 estuvo vigente desde el 22 de junio de 2014 al 10 de enero de 2015.

La última póliza no. **1003070** expedida por mi representada certificado no. 4 estuvo vigente desde el 01 de enero de 2017 al 11 de enero de 2017.

La última póliza no. **1003576** expedida por mi representada certificado no. 2 estuvo vigente desde el 17 de enero de 2018 al 17 de enero de 2019.

En suma, en el caso que hoy nos ocupa, resulta imposible afectar las pólizas No. **1001598, 1003070, 1003576 y los certificados No. 0, 6 y 7 de la póliza No. 1004103** que vinculan a mi representada al proceso, habida cuenta de no concurrir los presupuestos necesarios para hacer efectivo el amparo concertado.

• **INEXISTENCIA DE COBERTURA DE LAS PÓLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1001598, 1003070, 1003576 Y LOS CERTIFICADOS No. 0, 6 Y 7 DE LA PÓLIZA NO. 1004103 POR LA MODALIDAD PACTADA DE CLAIMS MADE Y CONSECUENTE VINCULACION DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103 CERTIFICADO No. 8**

Resulta importante manifestar al Despacho que, en cualquier evento las pólizas No. **1001598, 1003070 y 1003576 y los certificados no. 0, 6 y 7 de la póliza no. 1004103**, con fundamento en las cuales se vincula a mi representada al presente proceso, no ofrecen cobertura para los hechos que se discuten en el mismo, como a continuación se evidencia:

De conformidad con el condicionado de las pólizas en comento, expedida por mi representada la modalidad de cobertura ofrecida fue “Claims Made”.

Como ya es sabido, esta modalidad de contrato requiere no solo acreditar la realización del siniestro, en los términos del artículo 1131 del Código de Comercio, sino también, el presupuesto del cual se desprende que la reclamación del mismo se efectuó durante la vigencia de la Póliza. Así, puntualmente, reiteró la Corte Suprema de Justicia³:

*De ahí que a más de la configuración del siniestro o realización del riesgo asegurado (art. 1072 del C.Co.), que en el seguro de responsabilidad tiene una regla especial (art. 1131 id.), **lo cierto es que cuando se ha pactado la forma de reclamación hecha (claims made), es menester el descubrimiento de la pérdida o el reclamo del perjudicado al asegurado o al asegurador, en el término de vigencia de la póliza que se hubiese acordado**, o en el plazo posterior convenido.*

Más adelante especificó:

*Consecuentemente, en el sistema tradicional el débito del asegurador surge con la ocurrencia de los hechos que generan la responsabilidad - siniestro-, dentro del término de vigencia de la póliza, sin atender el tiempo posterior en que se haga el reclamo, limitado tan sólo por los plazos de prescripción; **a diferencia de estas variantes de claims made, en que se requiere que además del siniestro en tiempo anterior o***

³ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31-03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.



Jacqueline Romero Estrada

coetáneo al espacio temporal del amparo, la reclamación se haga dentro del término específico y delimitado en el contrato, que en armonía con lo concertado, puede ser durante la vigencia de la póliza o en un periodo adicional y específico. (negrilla propia).

A su vez el Consejo de Estado respecto a las pólizas con la modalidad *claims made* en sentencia del 10 de junio de 2022, C.P. Fredy Ibarra Martínez, indicó:

“En síntesis, la real diferencia entre los contratos de seguros en la modalidad de cláusulas “claims made” radica en que no solo se requiere la configuración del hecho constitutivo del siniestro sino que, adicionalmente, es indispensable la reclamación, la cual puede darse extrajudicial o judicialmente, así como la posibilidad de cubrimiento de vigencia retroactiva a la suscripción del contrato de seguro, a través de la inclusión de las cláusulas de limitación de descubrimiento.”

De todo lo anterior se concluye, sin lugar a duda, que tal modalidad de cobertura requiere la concurrencia necesaria de los presupuestos arriba indicados, esto es, **I) la realización del siniestro en la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, y II) la reclamación se realice en el período de vigencia.**

De este modo, es claro que las pólizas No. **1001598, 1003070, 1003576 y los certificados No. 0, 6 y 7 de la póliza No. 1004103**, utilizadas para la convocatoria de mi representada, no son las pólizas que deberán quedar vinculada a este proceso, por lo anteriormente expuesto.

Se hace aclaración que para este caso, la póliza que eventualmente podría afectarse y vincularse al proceso sería **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103 CERTIFICADO NO. 8** con vigencia desde el 16 de febrero de 2022 hasta el 16 de febrero de 2023, el cual tiene pactado un periodo de retroactividad desde el año 2005 y se encontraba vigente para la fecha de la reclamación, esto es la fecha de la solicitud de la audiencia prejudicial, la cual se presentó el día **09 de agosto de 2022** ante la procuraduría general de la nación.

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

• **AUSENCIA DE LA REALIZACION DEL RIESGO ASEGURADO DEL CERTIFICADO No. 8 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004103**

El contrato de seguros es un acuerdo de voluntades que gira en torno a unos elementos esenciales contemplados en el código de comercio en su artículo 1045, los cuales son los siguientes:

INTERÉS ASEGURABLE	La identificación de la persona, el objeto o cosa asegurada.
RIESGO ASEGURABLE	El suceso incierto que se asegura, por ejemplo en un contrato de seguro de vida, el riesgo asegurable es la muerte.
PRIMA O PRECIO DEL SEGURO	Suma de dinero a cargo del tomador del seguro que debe pagarle al asegurador.



Jacqueline Romero Estrada

OBLIGACIÓN CONDICIONAL ASEGURADOR	DEL	la condición de indemnizar al asegurado en caso de que ocurra el suceso incierto.
--	------------	---

Al hablar de los riesgos es necesario indicar que su determinación al inicio de la relación contractual es sumamente importante pues señala las coberturas o amparos que la compañía está dispuesta a asumir o a garantizar.

El código de comercio en su artículo respecto de los riesgos expresa:

*"(...) **ARTÍCULO 1054.-DEFINICIÓN DE RIESGO**-. Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.*

(...)

*"(...) **ARTÍCULO 1056. -ASUNCIÓN DE RIESGOS**-. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado. (...)"*

Es por tanto el asegurador quien tiene la facultad de determinar que riesgos está dispuesto a asumir y cuáles no. El artículo 1047 del Código de Comercio expresa en su numeral 9.

"ARTÍCULO 1047. <CONDICIONES DE LA PÓLIZA>. La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

(...)

*9) **Los riesgos que el asegurador toma su cargo:***

(...)"

Bien una vez realizado esta pequeña contextualización en torno a estos tópicos básicos del seguro, se expresa entonces que en relación al caso concreto se debe de señalar que nos encontramos frente a unas coberturas y amparos que se encuentran expresados en el Certificado No. 8 de la Póliza de Responsabilidad Civil No. **1004103**:

Categoría: I-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 CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	500,000,000.00
Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA		Mínimo 25,000,000.00 \$	NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		400,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		100,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	600,000,000.00	NO	0.00
Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA		Mínimo 25,000,000.00 \$	NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		200,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		100,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES		Mínimo 0.00 \$	NINGUNO	

AMPAROS

Responsabilidad civil general:



Jacqueline Romero Estrada

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad 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.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsor por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "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 durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado. b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general."

Ahora bien, en cuanto al concepto de siniestro se debe de indicar que el artículo 1072 del Código de comercio indica que:

"(...) Artículo 1072. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado (...)"

Por lo que se debe contextualizar que el riesgo viene operando como la delimitación por parte de la compañía de seguros del siniestro que se asegura.

De acuerdo con el anterior planteamiento, nos encontramos que el contrato de seguros, suscrito entre la PREVISORA COMPAÑÍA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS a través de la póliza No. 1004103 certificado No. 8 ofrece un amparo de cobertura por siniestro derivado de un "evento" que como tal aquí no se configura pues dentro del libelo de la demanda no se encuentra registro alguno que permita dilucidar que la falla en el servicio se da y en la misma vía el nexo de causalidad atribuible por lo que no NACE ningún tipo de Responsabilidad u obligación tanto para el asegurado HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN como para la aseguradora aquí referidas.

Se reitera que ninguna de las piezas obrantes en el plenario da cuenta del supuesto estado de deterioro en que se encontraba en el momento de los



Jacqueline Romero Estrada

hechos la silla tándem en que se encontraba sentada la señora Concha Torres al momento de que esta colapsara.

Por tanto, la configuración del SINIESTRO como tal no se da dentro de las circunstancias específicas de este caso concreto, haciendo inane el llamado en garantía propuesto e inexistente cualquier criterio obligatorio de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS para el caso de la póliza utilizada como convocatoria de mi procurada.

Ruego declarar probada la presente excepción.

• **LAS INDEMNIZACIONES POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES SE ENCUENTRAN SUBLIMITADAS EN EL CERTIFICADO NO. 8 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004103**

Pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora y sin perjuicio de la inexistencia de cobertura de la póliza utilizada como fundamento de la convocatoria, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que entre el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN** como tomador, y mi representada, como asegurador, se celebró el contrato de seguro documentados en **EL CERTIFICADO No. 8 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004103** se otorgó el amparo perjuicios extrapatrimoniales con un límite asegurado de \$600.000.000 por vigencia, el cual opera con estricta sujeción a las demás condiciones de la póliza.

Conforme a las Condiciones Generales que hacen parte integrante de las pólizas citadas, dicho contrato de seguro amparaba, hasta la concurrencia de la suma asegurada, daños personales, materiales y perjuicios patrimoniales primarios proveniente de la responsabilidad civil extracontractual en que incurra el asegurado.

En efecto, el amparo de R.C. Clínicas y Hospitales se definió en las condiciones generales de la póliza, en los siguientes términos:

“(…) **SUBLÍMITES**

3.Perjuicios extrapatrimoniales, Sublimitado a 20% por evento y 40% por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

En ese orden de cosas, emerge con diamantina claridad que la póliza utilizada para la convocatoria de mi representada, ofrece cobertura para los perjuicios extrapatrimoniales con estricta sujeción a los sublímites asegurados antes transcritos, de manera que en el remoto evento de que prosperen las pretensiones de los actores en contra del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**, la obligación indemnizatoria de mi representada por perjuicios extrapatrimoniales está sublimitado a **20% por evento y 40% por vigencia.**, siempre y cuando se acredite primero la responsabilidad del asegurado, la existencia de tales perjuicios y su cuantía, todo ello sin perjuicio de recalcar que los mencionados sublímites operan dentro del límite global asegurado y NO en exceso del mismo.



Jacqueline Romero Estrada

De conformidad con lo expuesto respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

- **APLICACIÓN DEL VALOR ASEGURADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA NO. 1004103**

La Previsora S.A, Compañía de Seguros, en cumplimiento de las obligaciones del contrato de Seguros, solo responderá en caso de sentencia condenatoria, en concurrencia del valor asegurado; obligaciones que nacen solo en relación con las obligaciones amparadas con relación a su asegurado y de acuerdo a los amparos y valores asegurados en el **CERTIFICADO No. 8 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103**, amparo de **perjuicios extrapatrimoniales** con un valor asegurado de \$600.000.000.

Así mismo, en caso de Sentencia condenatoria en contra del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**, responderá, si existe disponibilidad del valor asegurado, dado que, con la misma póliza, se ha llamado a La Previsora en otros procesos que en caso de sentencias condenatorias en contra, agotaran el valor asegurado disponible, momento en el cual será responsable del 100% de la Sentencia el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**.

En consecuencia, La Previsora SA, solo atenderá los siniestros que afecten la póliza, siempre y cuando exista suma disponible asegurada de acuerdo al contrato de seguros, de lo contrario será el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**, el responsable del pago de la sentencia en su 100%.

- **DEDUCIBLE PACTADO EN EL CERTIFICADO No. 8 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103**

Sin perjuicio de las excepciones ya propuestas, y pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que expresamente en la carátula del **CERTIFICADO No.8 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103**, se convino el siguiente deducible:

Categoría: I-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS		Valor Asegurado	AcumVA	Prima
No.	Amparo			
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	500,000,000.00
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 25,000,000.00 \$	NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	400,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	600,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 25,000,000.00 \$	NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 \$	NINGUNO	

Igualmente, en el Condición Cuarta de las condiciones generales del contrato de seguro, se estipuló:

“(…) DEDUCIBLE



Jacqueline Romero Estrada

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. (...)"

En el hipotético caso que se establezca responsabilidad civil en cabeza del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN** y eventualmente se condene a mi representada a reconocer los perjuicios alegados por los demandantes, debe tenerse en cuenta, que debe descontarse el porcentaje mínimo del daño indemnizable, el cual se descuenta del valor a indemnizar, que para el caso de marras corresponde al **15% DEL VALOR DE LA PERDIDA, Mínimo \$25.000.000**, que es la porción que debe asumir el asegurado, este es el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN**.

- **LIMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA QUE ENMARCAN LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES.**

Pese a la ausencia de fundamento de la acción y la carencia de los derechos invocados por la parte actora y sin perjuicio de la inexistencia de cobertura de la póliza utilizada como fundamento de la convocatoria, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que en el remoto evento de que prosperen una o algunas de las pretensiones del libelo introductorio, se destaca que en el contrato de seguro, se estipularon las condiciones, los límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, etc., de manera que exclusivamente son estos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento, incluso y sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad, que pido declarar en el fallo.

Debe señalarse que todo pronunciamiento que se haga en virtud de la existencia de un contrato de seguro debe sujetarse inexorablemente al tenor literal del mismo, toda vez que es este el documento donde quedó plasmada la voluntad de los contratantes y la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1056 de la normativa comercial que consagra:

"(...) Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...)"

Por lo tanto, todo pronunciamiento se debe ceñir al condicionado particular y general del contrato de seguro ya que, como lo dijo la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia:

"(...) son la columna vertebral de la relación aseguraría y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros



Jacqueline Romero Estrada

conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar(...)" (Negrilla y subrayado fuera del original).

Por lo tanto, son las condiciones de la póliza las que enmarcan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo enunciado en tales condiciones generales y particulares del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador, (la de indemnizar), una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045, 1536 y 1054 ibídem).

Es importante mencionar que en la caratula del **CERTIFICADO NO. 8 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004103:**

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsor RCP-006-6

RETROACTIVIDAD: Desde el 01/08/2005

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LÍMITE ASEGURADO: \$2.000.000.000 evento y por vigencia (...)"

El Art. 1079 del C. de Co., conforme al cual el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas.

Bajo tal contexto, emerge con claridad que en el evento de presentarse otras reclamaciones o demandas para obtener indemnizaciones que afecten la póliza de seguro, se entenderán como una sola pérdida y la obligación de mi representada estará limitada a la suma asegurada señalada en cada certificado de la póliza, conforme a lo dispuesto en los Artículos 1079 y 1089 del C. de Co. Es decir que el límite agregado anual del valor asegurado por vigencia se reducirá en la suma de los montos de las indemnizaciones pagadas.

De acuerdo con lo estipulado en el contrato de seguro, la suma indicada en la carátula de la póliza, es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros reclamados durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún



Jacqueline Romero Estrada

motivo la responsabilidad de la compañía puede exceder ese límite durante la vigencia, aunque durante el mismo periodo ocurran uno o más siniestros.

De otra parte, es claro que el límite asegurado en la póliza se entiende reducido desde el momento de un siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de la compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el periodo de retroactividad y reclamados durante la vigencia del seguro, no excederá en total el límite agregado anual.

En virtud de lo expuesto, y para efectos de la decisión que ese Despacho debe tomar en relación con las peticiones que se concretan en el llamamiento en garantía, me reservo el derecho de informar cualquier otra demanda o reclamación que se llegare a presentar en virtud del contrato de seguro suscrito, así como de los desembolsos que con cargo a la póliza, durante la vigencia respectiva, realice mi representada por concepto de indemnización.

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

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

• EXCLUSIONES PACTADAS EN EL CERTIFICADO NO. 8 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004103

En materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 de norma Comercial podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado, por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto⁴, es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo

⁴Cfr. Ossa. G. J. Efrén. Op Cit. Pág. 111



Jacqueline Romero Estrada

o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

La Ley 45 de 1990 en su artículo 84, que modificó el artículo 1127 ibídem, define el seguro de responsabilidad como aquel que:

" (...) impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y que tiene como propósito el resarcimiento de la víctima (...) " (Negrilla fuera del texto original)

Luego, en tratándose de seguros de responsabilidad, para que nazca la obligación del asegurador de indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, dicha obligación ha de estar expresamente estipulada en el respectivo contrato.

Consecuentemente, si se configura cualquiera de las causales de exclusión estipuladas tanto en las condiciones particulares, como en las condiciones generales del **CERTIFICADO NO. 8 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1004103**, debe exonerarse a la aseguradora que represento, de toda obligación indemnizatoria.

- **EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES**

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, a pesar de la ausencia de cobertura, como se expuso con antelación, debe hacerse énfasis en que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato según su texto literal, y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, siendo éste el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en particular, en su Artículo 1079 establece *"(...) El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada. (...) "*

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado.

La póliza utilizada como fundamento contractual de la convocatoria, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas,



Jacqueline Romero Estrada

Firma de abogado S.A.S

deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, la vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido de las condiciones de la póliza.

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

Respetuosamente solicito declarar probada la presente excepción.

- **GENÉRICA Y OTRAS**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso ya sea frente a la demanda derivada de la Ley o el contrato de seguro utilizado para convocar a mi representada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamento de derecho la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Código General del Proceso, Código Civil artículos 64, 1494, 1603, 1618, Resolución 1995 de 1999, Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981 y demás normas concordantes y complementarias.

MEDIOS DE PRUEBA

DOCUMENTALES:

- POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1004103 certificado no. 8 con vigencia desde 16 de febrero de 2022 hasta el 16 de febrero de 2023.
- Clausulado general de la póliza RCP-006-6

INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS:

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

ANEXOS

- Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas
- Poder conferido a la suscrita ya glosado al expediente
- Certificado de existencia y representación legal ya glosado al expediente



Jacqueline Romero Estrada
NOTIFICACIONES

A mi poderdante LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y las demás partes reconocidas en el proceso se le puede notificar cualquier decisión en las direcciones ya conocidas en autos.

Las notificaciones personales las recibiré en su despacho o en mi oficina de Abogada ubicada en la Calle 29 No 27-40 oficina 604 edificio Banco de Bogotá de la ciudad de Palmira. Teléfono 2859637 Cel 317-6921134. Correo electrónico firmadeabogadosjr@gmail.com

Del Señor Juez,

JACQUELINE ROMERO ESTRADA

C.C No 31.167.229 de Palmira V.

T.P. No 89930 del C. S. de la J.



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE			N° CERTIFICADO		CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P.			
DÍA	MES	AÑO	RENOVACION			8								NO			
TOMADOR		403692-HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN									NIT		891.580.002-5				
DIRECCIÓN		KR 6 10 142, POPAYAN, CAUCA									TELÉFONO		8234508				
ASEGURADO		403692-HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN									NIT		891.580.002-5				
DIRECCIÓN		KR 6 10 142, POPAYAN, CAUCA									TELÉFONO		8234508				
EMITIDO EN		POPAYAN		CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA		Pesos				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES		HASTA AÑO	A LAS
TIPO CAMBIO		1.00		1602	16	18	2	2022	16	2	2022	00:00	16	2	2023	00:00	365
CARGAR A: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN									FORMA DE PAGO 9. PAGO A LOS 60 DIA			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00					

Riesgo: 1 -
KR 6 10 NORTE 142, POPAYAN, 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	500,000,000.00
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 25,000,000.00	\$	NINGUNO
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	400,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	600,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 15.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 25,000,000.00	\$	NINGUNO
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00	\$	NINGUNO

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 000

100.000 % NO APLICA

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

Texto Continua en Hojas de Anexos...

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

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

PRIMA	\$***500,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**95,000,000.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$*595,000,000.00

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

15/02/2023 11:49:52

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				6663	2	FRANCY ELVIRA EGAS PER	

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004103 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y DE ACUERDO AL CONTRATO DE SEGURO NO. 079 DEL 15 DE FEBRERO DE 2022, SE RENUEVA LA PRESENTE PÓLIZA.

TOMADOR: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN
NIT: 891.580.002-5
DIRECCIÓN: KR 6 10 142

ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN
NIT: 891.580.002-5
DIRECCIÓN: KR 6 10 142

BENEFICIARIOS Terceros Afectados, víctima o sus causahabientes

VIGENCIA DEL SEGURO: DOCE MESES

OBJETO

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

CONDICIONES GENERALES

Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP006VERSION09-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA

La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD: Desde el 01/08/2005

LÍMITE TERRITORIAL. República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN República de Colombia

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASEGURADA:
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

LÍMITE ASEGURADO: \$2.000.000.000 por evento y por vigencia combinado para todos los amparos (por riesgo)

* Los sublímites y coberturas ofrecidas hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.

* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

SUBLÍMITES

1.Gastos judiciales, de defensa o de abogados: Sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

2.Gastos médicos de emergencia, Sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado

3.Perjuicios extrapatrimoniales, Sublimitado a 20% por evento y 40% por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:
Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004103 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

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

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

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

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

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

Responsabilidad civil general:

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

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

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

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

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

- a). Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.
- b). Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo con lo establecido en el condicionado general.

EXCLUSIONES

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004103 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

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

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

DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 15% del valor de la pérdida, mínimo \$25.000.000

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 30 días
2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1004103 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.

5. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.

6. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.

7. Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.

8. Designación de ajustador de mutuo acuerdo

9. Los sublímites y coberturas ofrecidos hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.

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

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

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

IDENTIFICACION DEL PAGO

POLIZA No. 1004103

CERTIFICADO No. 8



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

LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554

Ramo				Sucursal			
RESPONSABILIDAD CIVIL				POPAYAN			
Valor Prima		Valor IVA		Tomador			
\$500,000,000.00		\$95,000,000.00		403692 - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN			
F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
19/04/2022	\$*****0.00	\$*500,000,000.00	\$**95,000,000.00				

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Artículo 1068 " 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 a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO: 9. PAGO A LOS 60 DIAS



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

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 595,000,000.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	19/04/2022	\$*****0.00	\$*500,000,000.00	\$**95,000,000.00					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1004103	RESPONSABILIDAD CIVIL	8	\$2,000,000,000.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de POPAYAN a los 18 días del mes de FEBRERO de 2022

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA, para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "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 a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1

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

RCP-006-006



CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

RCP-006-006



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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

1.3 GASTOS DE DEFENSA

1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

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

1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

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

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

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

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

1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES

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

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

RCP-006-006



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

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

1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

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

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

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

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

RCP-006-006



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

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

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

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

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

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

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

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

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

RCP-006-006



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

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

RCP-006-006



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

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

RCP-006-006



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

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

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

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

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

RCP-006-006



Todas las Reclamaciones derivadas de la misma prestación del servicio de salud o Evento efectuadas a una o varias personas, se considerarán como una sola Reclamación, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las Reclamaciones haya sido presentada.

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

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

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

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

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

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

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

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

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

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

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

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

10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

1. Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
2. Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
3. Transigir o desistir, así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
4. Tomar las medidas que considere convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del asegurado.
5. Beneficiarse con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el asegurado.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

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

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

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

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

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

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

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si, el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero Previsora sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si Previsora, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

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

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

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

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

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

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN

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

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

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

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

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

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

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

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

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

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES

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

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

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

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

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

RCP-006-006



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

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS

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

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

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

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RCP-006-006



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

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

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



Jacqueline Romero <firmadeabogadosjr@gmail.com>

RV: PODER LITISOFT: 43965 RAD: 2022-00196 DDTE: ÁNGEL MARÍA DAZA

NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co> 16 de febrero de 2024, 9:40 a.m.
Para: Juzgado 06 Administrativo - Cauca - Popayán <j06admpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: ANDRES HUMBERTO PULGARIN <andres.pulgarin@previsora.gov.co>, "firmadeabogadosjr@gmail.com" <firmadeabogadosjr@gmail.com>, poderes antecedentes <poderesyantecedentes@previsora.gov.co>

Señores
JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN
E.S.D.
REFERENCIA: OTORGA PODER
CLASE DE PROCESO: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: ÁNGEL MARÍA DAZA CAICEDO Y OTROS
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL NIVEL 1 BORDO CAUCA Y OTROS
RADICADO: 19001-33-33-006-2022-00196-00
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, 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 JACQUELINE ROMERO ESTRADA, abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía N° 31.167.229 y portadora de la tarjeta profesional No. 89930 del C.S. de la J., la cual recibirá notificaciones al correo electrónico firmadeabogadosjr@gmail.com para que en el proceso de la referencia se notifique y actúe como apoderada judicial de la Compañía dentro del proceso citado en la referencia.
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,

2 archivos adjuntos

 certificado (26).pdf
40K

 PODER LT 43965.pdf
495K