

Radicación contestación demanda y llamamiento en garantía Rad. 15001-33-33-011-2019-0042-00 DTE: RICARDO ALFONSO SAENZ DDO: HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

María Camila Suárez Cáceres <mcsuarez@nga.com.co>

Mar 26/01/2021 10:25

Para: Correspondencia Juzgados Administrativos - Boyacá - Tunja <correspondenciajadmtun@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: notificaciones@nga.com.co <notificaciones@nga.com.co>; juridicanotificaciones@hospitalsanrafaeltunja.gov.co <juridicanotificaciones@hospitalsanrafaeltunja.gov.co>; carlosmulloa@outlook.com <carlosmulloa@outlook.com>

📎 1 archivos adjuntos (6 MB)

Contestación demanda y llamamiento RICARDO ALFONSO SAENZ.pdf;

Señores

JUZGADO ONCE (11) ADMINISTRATIVO DE TUNJA

Tunja

Cordial saludo,

En virtud de lo señalado en el Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020 y en concordancia con el Acuerdo PCSJA20-11567 del 5 de junio de 2020, me permito adjuntar contestación de la demanda y del llamamiento en garantía de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** junto con sus anexos, al interior del proceso promovido por **RICARDO ALFONSO SAENZ Y OTROS** en contra de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA con radicado No. **2019 - 00042**:

RADICADO	15001 33 33 011-2019-00042-00
PARTES	DEMANDANTE: RICARDO ALFONSO SAENZ Y OTROS DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
JUZGADO	11 ADMINISTRATIVO DE TUNJA
ASUNTO	CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Recibiré notificaciones electrónicas en los siguientes correos notificaciones@nga.com.co, jdgomez@nga.com.co, mcsuarez@nga.com.co.

Agradezco su amable colaboración y se acuse recibo del presente correo electrónico y de la documentación adjunta.

Cordialmente,

María Camila Suárez Cáceres

Asociada

Neira & Gómez Abogados

PBX: [null]+57-1-6218423

Carrera 18 No. 78-40, Piso 7

Bogotá, D.C. – Colombia

mcsuarez@nga.com.co | www.nga.com.co



AVISO LEGAL: Este mensaje de correo electrónico es de propiedad de Neira & Gómez Abogados S.A.S, y su contenido está dirigido para el uso exclusivo de los destinatarios direccionados y puede contener información que es privilegiada y confidencial. Si usted no es un destinatario previsto o el agente responsable de entregar este e-mail al destinatario previsto, se le notifica por este medio que cualquier uso, difusión, distribución o copia de esta comunicación está prohibida y puede ser ilegal. Si usted recibió este e-mail por error, notifique por favor al remitente inmediatamente. This electronic mail message and its contents are intended only for the use of the addressed recipient(s), you are notified that any use, dissemination, distribution or copying of this communication is strictly prohibited and may be unlawful. If you received this e-mail in error, please notify the sender immediately by replying to this e-mail or by telephone and delete the e-mail sent in error

Señora

JUEZ ONCE (11) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

Tunja

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: RICARDO ALFONSO SAENZ Y OTROS
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
RAD: 15001-33-33-011-2019-0042-00
ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

JUAN DAVID GÓMEZ PÉREZ, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 1.115.067.653 de Buga, abogado con tarjeta profesional No. 194.687 del Consejo Superior de la Judicatura, manifiesto que reasumo el poder a mí otorgado por **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** y me dirijo a su Despacho con el fin de presentar **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**, en los siguientes términos:

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

- 1- No me consta. Teniendo en cuenta que lo planteado en ese hecho corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, no me es posible realizar apreciación alguna al respecto. Por ende, me atengo a lo que se acredite en el proceso.
- 2- No me consta, pues es un hecho ajeno a mi mandante. Por lo tanto, me atengo a lo que se demuestre a lo largo del proceso.

No obstante, se advierte desde ya que en el expediente no obra prueba alguna que demuestre la actividad laboral que desempeñaba la demandante, así como tampoco se demuestra la cuantía de sus ingresos.

- 3- No me consta. Teniendo en cuenta que lo planteado en ese hecho corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, no me es posible realizar apreciación alguna al respecto. Por ende, me atengo a lo que se acredite en el proceso.
- 4- No me consta, pues es un hecho ajeno a mi mandante. Por lo tanto, me atengo a lo que se demuestre a lo largo del proceso.

- 5- No me consta, pues es un hecho ajeno a mi mandante. Por lo tanto, me atengo a lo que se demuestre a lo largo del proceso.
- 6- No me consta. Teniendo en cuenta que lo planteado en ese hecho corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, no me es posible realizar apreciación alguna al respecto. Por ende, me atengo a lo que se acredite en el proceso.
- 7- No me consta. Teniendo en cuenta que lo planteado en ese hecho corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, no me es posible realizar apreciación alguna al respecto. Por ende, me atengo a lo que se acredite en el proceso.
- 8- No me consta, pues es un hecho ajeno a mi mandante. Por lo tanto, me atengo a lo que se demuestre a lo largo del proceso.
- 9- No me consta. Teniendo en cuenta que lo planteado en ese hecho corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, no me es posible realizar apreciación alguna al respecto. Por ende, me atengo a lo que se acredite en el proceso.
- 10- No me consta, pues es un hecho ajeno a mi mandante. Por lo tanto, me atengo a lo que se demuestre a lo largo del proceso
- 11- No me consta. Teniendo en cuenta que lo planteado en ese hecho corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, no me es posible realizar apreciación alguna al respecto. Por ende, me atengo a lo que se acredite en el proceso.
- 12- No me consta. Teniendo en cuenta que lo planteado en ese hecho corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, no me es posible realizar apreciación alguna al respecto. Por ende, me atengo a lo que se acredite en el proceso.
- 13- No es cierto. Nunca hubo un error en el diagnóstico. De acuerdo con la sintomatología que presentaba la joven y los resultados de los exámenes paraclínicos practicados, concluyeron una enfermedad pélvica inflamatoria – EPI.

Se debe resaltar que la presencia de un dolor abdominal tiene diferentes diagnósticos diferenciales dentro de los cuales incluye la enfermedad pélvica inflamatoria, el cual fue el primer diagnóstico y se suministró el tratamiento, de acuerdo con las guías, procedimientos e intervenciones requeridas para ese diagnóstico. No se puede imponer el deber de

- 14-** No es cierto. La laparotomía exploratoria realizada el 25 de noviembre de 2016, no fue consecuencia de haber “dejado restos no extraídos en el procedimiento anterior”. Fue necesaria su práctica con el fin realizar un lavado a cavidad debido a una sepsia de origen abdominal secundaria a peritonitis residual.
- 15-** No es cierto, no existe falla en el servicio. Las pruebas obrantes en el expediente dan cuenta que **no hay** elemento alguno que permita predicar error de conducta alguno de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** e, incluso, hay circunstancias que acreditan un obrar cuidadoso, ajustado a las reglas de la *lex artis*.
- 16-** No es un hecho, se trata de apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante en relación con el presunto daño causado, carentes de prueba, motivo por el cual me abstengo de dar contestación al respecto.
- 17-** No me consta. Teniendo en cuenta que lo planteado en ese hecho corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, no me es posible realizar apreciación alguna al respecto. Por ende, me atengo a lo que se acredite en el proceso.
- 18-** No es un hecho, se trata de apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante en relación con el presunto daño causado, carentes de prueba, motivo por el cual me abstengo de dar contestación al respecto.
- 19-** Contesto este hecho en los mismos términos que el anterior.
- 20-** No es un hecho, se trata de apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante en relación con el presunto daño causado, carentes de prueba, motivo por el cual me abstengo de dar contestación al respecto.
- 21-** Contesto este hecho en los mismos términos que el anterior.
- 22-** No es un hecho, se trata del cumplimiento de un requisito de procedibilidad, por lo que no haré pronunciamiento alguno.

II. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

- 1-** Es cierto en cuanto a la existencia y vigencia de las pólizas referidas. Sin embargo, para evitar caer en imprecisiones, me atengo a la literalidad de las pólizas expedidas por mi mandante.

- 2- Es cierto. La señora **ANDREA DEL PILAR SAENZ Y OTROS** instauraron demanda de reparación directa en contra de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**.
- 3- No es un hecho, se trata de apreciaciones subjetivas del apoderado del llamante en garantía, carentes de prueba.

Sin embargo, es preciso señalar que la **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** no es la llamada a responder por los perjuicios causados a la señora **ANDREA DEL PILAR SAENZ Y OTROS**, toda vez que, no se encuentra acreditada la responsabilidad del **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** y por ende, no se encuentra acreditado el siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

- 4- No es un hecho, se trata de la relación de las pruebas documentales, motivo por el cual, no haré pronunciamiento alguno.

III. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Solicito respetuosamente al Despacho **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones elevadas en la demanda y en el llamamiento en garantía, por cuanto carecen de todo fundamento. Por ende, dichas pretensiones deberán ser rechazadas en la sentencia con que se ponga fin al proceso.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

Propongo expresamente las siguientes excepciones de mérito, sin perjuicio de que este Despacho, en cumplimiento de la obligación prevista en el artículo 282 del Código General del Proceso, declare las excepciones de mérito cuya prueba encuentre en el expediente:

1.- CADUCIDAD DEL MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

El artículo 164 del CPACA indica cuál será la oportunidad para presentar la demanda de reparación directa. El literal i) de la citada norma sostiene que "*Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia e la acción u omisión causante del daño (...)*".

Así, el Consejo de Estado se ha tomado la tarea de estudiar dicha figura, y ha señalado lo siguiente:

*“Es por ello que el Código Contencioso Administrativo consagra el **término de caducidad de las distintas acciones** que proceden ante la jurisdicción contencioso administrativa, **entendido como aquel plazo máximo, perentorio y preclusivo, de naturaleza objetiva, dentro del cual las acciones pueden ser ejercidas, que corre indefectiblemente y no se interrumpe ni se suspende, salvo en el evento del trámite de la conciliación extrajudicial** (...), en el que por expresa disposición legal **se da dicha suspensión** del término de caducidad de la acción mientras aquel se surte, sin sobrepasar de un máximo de tres meses o en el evento del cierre de los despachos judiciales (...) (resaltado por la Sala).*

(...)

*En efecto, si la configuración de la caducidad de la acción equivale al fenecimiento del tiempo objetivo que tienen los administrados para accionar y por consiguiente, para elevar todas las pretensiones que deseen respecto del suceso o de la situación de la que se derivaría su interés para acceder a la administración de justicia, lapso que es determinado por el medio de control que deban usar, es evidente que **cuando ese plazo objetivamente establecido se encuentra culminado, ninguno de ellos puede manifestar peticiones toda vez que se encontraría vencida la oportunidad que tenían para hacerlo.***

(...)

*Teniendo en cuenta que el derecho de acción no puede ser utilizado de manera permanente frente a una circunstancia particular, comoquiera que su uso se encuentra únicamente habilitado durante el interregno determinado por el instituto de la caducidad de la acción, de tal forma que **después de que transcurre ese plazo no es viable que nadie eleve pretensiones**, es evidente que una vez vencido el mismo no es plausible que una persona que nunca ejerció su derecho de acceso a la administración de justicia proceda a hacerlo, así como tampoco puede obrar de esa manera quien lo hubiese utilizado en tiempo pero sólo para elevar algunas de las peticiones que podía manifestar, en tanto respecto de esos dos sujetos se configura la misma situación, esto es, el intentar utilizar el derecho de acción por fuera del período en que ello les estaba permitido.*

(...)

*Como corolario de lo señalado, **la jurisprudencia de esta Sección se unifica en el sentido de que toda pretensión debe efectuarse dentro del término en que se puede ejercer el derecho de acceder a la administración de justicia, período que sólo puede ser suspendido pero no interrumpido, de tal forma que su contabilización continua hasta su culminación sin que sea relevante que con anterioridad a su vencimiento se presente en forma oportuna peticiones en ejercicio del derecho de acción señalado** por lo que se impone que se verifique la caducidad de toda nueva pretensión sin perjuicio de que ésta se formule al comenzar un proceso, o durante su trámite vía reformulación del libelo introductorio.¹*

Ahora bien, es sabido que el término para presentar la acción de reparación directa en tiempo se puede suspender mediante la presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría. Sobre el particular, el artículo 21 de la Ley 640 de 2001 prevé que la presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, en cualquiera de los siguientes eventos: *a)* hasta que se logre el acuerdo conciliatorio o; *b)* hasta que el acta de conciliación se hubiera registrado en los casos en que este trámite sea exigido por la ley o; *c)* hasta que se expidan las constancias a que se refiere el artículo 2 de la misma ley o; *d)* hasta que se venza el término de tres meses contados desde la presentación de la solicitud, lo que ocurra primero. Dicha suspensión opera por una sola vez y es improrrogable.

A partir de la lectura de estas disposiciones y teniendo en cuenta que la joven **ANDREA DEL PILAR SAENZ** fue sometida a cirugía de laparotomía y lavado a cavidad, el día **25 de noviembre de 2016**, el término para presentar la demanda vencía el **25 de noviembre de 2018**. Siendo que, la demanda se radicó el **16 de enero de 2019**, la acción se encuentra irremediamente caducada por haberse presentado por fuera del plazo indicado en la norma antes citada.

Teniendo en cuenta que la audiencia de conciliación en la que se declaró fallida la conciliación, se celebró el **12 de diciembre de 2018**, cuando la demandante inició la presente acción, evidentemente, por fuera del término consagrado en el artículo 164, literal i, de la Ley 1437 de 2011.

¹ Consejo de Estado, Sala Plena de Sección Tercera, auto del 25 de mayo de 2016, expediente 40.077, C.P. Danilo Rojas Betancourth.

Por tanto, para no cabe duda de que la demanda se encuentra caducada y, en consecuencia, solicito respetuosamente al Despacho declarar probada la excepción de caducidad de la acción impetrada.

2.- AUSENCIA DE ACREDITACIÓN DE LA FALLA DEL SERVICIO

El artículo 90 de la Constitución Política es el fundamento de la responsabilidad del Estado, según el cual *"El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas"*.

En materia de responsabilidad extracontractual del Estado, se requiere que concurren 3 elementos: (i) el daño; (ii) el nexo de causalidad; y (iii) el título de imputación sea la falla del servicio, el riesgo excepcional o el daño especial como fundamentos del deber de reparar.

Si falta uno de estos elementos estructurales, no puede el Despacho declarar probada la responsabilidad del demandado por cuanto no existiría responsabilidad, de acuerdo con la regla contenida en el artículo 167 del Código General del Proceso según la cual *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"*.

La falla del servicio, como título de imputación de la responsabilidad extracontractual del Estado, es conocida como la violación por acción o por omisión del contenido obligacional a cargo del Estado. En palabras de la Sección Tercera del Consejo de Estado, se entiende lo siguiente:

*"Es imperativo decir que en los casos en los que se reprocha una acción estatal, para que sea viable el juicio de responsabilidad extracontractual es indispensable comprobar la relación de causalidad entre una actividad y un daño, y que este último sea jurídicamente imputable a la entidad; así, en los casos de declaratoria de responsabilidad extracontractual estatal en clave de acción, la relación causal es un presupuesto esencial, **mientras que en tratándose de una conducta estatal omisiva** -como es el caso en estudio-, para establecer un juicio de responsabilidad es irrelevante e innecesario el estudio de la relación causal, ya que la entidad demandada no participó, desde el punto de vista de la producción material, en la producción del daño; sin embargo, esto no significa que se descarte de plano una atribución de*

*responsabilidad por los daños a la entidad inerte, puesto que este es un problema que deberá ser resuelto no mediante el juicio de causalidad sino de imputación, y este **solo es posible si se comprueba que la entidad demandada se abstuvo voluntariamente de ejercer sus competencias frente a un deber funcional de evitar o prevenir el resultado dañoso***². (negrilla y subrayado fuera de texto).

Ahora bien, al tratarse de un caso de responsabilidad médica, nos encontramos en un régimen subjetivo de falla probada, de manera que, la ausencia de acreditación de la falla hace inexistente el juicio de responsabilidad propuesto. Para ello, ha de tenerse en cuenta lo que el Consejo de Estado en repetidas oportunidades ha establecido:

*“En ese sentido, también se han precisado ciertos criterios sobre la carga de la prueba en los casos de responsabilidad medica: (i) **por regla general, al demandante le corresponde probar la falla del servicio**, salvo en los eventos en los que resulte “excesivamente difícil o prácticamente imposible” hacerlo; (ii) de igual manera, **corresponde al actor aportar la prueba de la relación de causalidad**, la cual podrá acreditarse mediante indicios en los casos en los cuales “resulte muy difícil –si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”; (iii) en la apreciación de los indicios tendrá especial relevancia la conducta de la parte demandada, sin que haya lugar a exigirle en todos los casos que demuestre cual fue la causa efectiva del daño; (iv) **la valoración de esos indicios deberá ser muy cuidadosa, pues no puede perderse de vista que los procedimientos médicos se realizan sobre personas con alteraciones en su salud**; (v) **el análisis de la relación causal debe preceder el de la falla del servicio**”³. (Delineado y negrilla fuera de texto original)*

Con base en lo anterior, se concluye indefectiblemente que en los casos de responsabilidad médica nos encontramos ante un régimen de falla probada, es decir que es el demandante quien debe acreditar con absoluta certeza que, los daños que pretende endilgar en cabeza del demandado son atribuibles a su actuar, y que de los mismos se puede predicar el desenlace que se obtuvo. Es decir, se debe probar el daño, la falla del servicio y el nexo de causalidad.

² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 29 de agosto de 2014, Rad. No. 18001-23-31-000-2000-00074-01 (31190), M.P. Ramiro de Jesús Pazos Guerrero.

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de abril de 2005, rad. 14786, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

Lo anterior lo ha establecido el Consejo de Estado, en los siguientes términos:

*“Actualmente se considera **que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexa causal entre esta y aquel**, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados incluso de la prueba indiciaria⁴”. (Delineado y negrilla fuera de texto original).*

Y dicha posición se ha reiterado, así:

*“**La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño.** Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y solo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo⁵”. (Delineado y negrilla fuera de texto original)*

Es claro entonces que, el régimen de responsabilidad médica se caracteriza por dos aspectos:

a) Es un régimen subjetivo, basado en las nociones de culpa y de obligación de medio, pues se ha establecido que **la prestación del médico no consiste en alcanzar un resultado (en este caso la curación) sino en poner a favor del paciente conocimientos y procedimientos conformes con el estado del arte y de manera diligente, pero sin que ello signifique garantizar la sanación.**

⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia del 30 de julio del 2008, rad. 15726, M.P. Myriam Guerrero de Escobar; sentencia del 21 de febrero del 2011, rad. 19125, M.P. (E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras.

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de marzo 22 de 2012, rad. 23132, M.P. Ruth Stella Correa Palacio, citada por la sentencia del 29 de julio del 2013, rad. 20157, con ponencia de Ramiro Pazos Guerrero.

b) Así las cosas, **el régimen es de culpa probada**, siendo del resorte del demandante la satisfacción de esa carga probatoria, para que pueda obtener, de manera legítima, la indemnización procurada.

No hay lugar a dudas que, la prosperidad de cualquier pretensión resarcitoria con ocasión de servicios prestados por un médico o una institución de salud, **se encuentra supeditada a la prueba plena por parte del demandante, de un obrar culposo por parte del demandado, pues las obligaciones de éste son de medio y no de resultado**. La demostración de tal culpa o falla del servicio requerirá la demostración de un error de diagnóstico, o en el tratamiento.

En el caso en concreto, el apoderado de la parte demandante alega una falla del servicio de la **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**, por un presunto error en el diagnóstico y el haber practicado un procedimiento quirúrgico que implicó una cicatriz en el cuerpo de la demandante, lo que, según ella, le causa un perjuicio, pese a que lograron salvar su vida.

En relación con lo anterior, es relevante resaltar lo que en jurisprudencia reiterada ha establecido el Consejo de Estado.

*“En realidad, 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 está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática. Al respecto, el profesor Ataz López previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar**”.*

Así las cosas, lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, lo que obliga, en no pocos eventos, a distinguir entre la responsabilidad de los médicos y la de las instituciones prestadoras del servicio de salud, dada la carencia o insuficiencia de elementos para atender debidamente al paciente.

...

Se impone, entonces, concluir que al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo⁶.

Por el contrario, al analizar el caso concreto, podemos constatar cómo la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, actuó de manera diligente desde el momento en que la joven **ANDREA DEL PILAR SAENZ**, ingresó al servicio de urgencias del Hospital. De acuerdo con los síntomas que indicó que presentaba en dicho momento y el resultado de los exámenes paraclínicos, fue diagnosticada y se indicó un tratamiento ambulatorio, tal y como consta en la Historia Clínica de la paciente:

Ingreso Servicio Urgencias HSRT.

Fecha: 15/11/2016; Hora: 20+29

Motivo de Consulta: tengo dolor bajito y flujo de mal olor"

Enfermedad actual: Pte con cuadro de 10 hrs de dolor abdominal generalizado constante, asociado a náuseas, hiporexia, cefalea y malestar general, niega emesis, niega diarrea. otalgia leve bilateral. Tomó omeprazol sin mejoría por lo que consulta. Hace 3 días cuadro respiratorio alto.

Examen físico:

TA: 119/79, TAM (mmhg): 92, FC (lat/min): 88, FR (respi/min) 18, T (°c): 38, SPO2 (%): 91, FIO2 (%): 21

Inspección general: algica, tórax corazón: RSCS rítmicos sin soplos pulmones: Rsrs sin agregados

Genitourinario: al tacto vaginal leucorrea fétida, cavidad hipertérmica, con dolor a la movilización del cuello. Neurológico: consiente alerta sin déficit aparente.

Dx: dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen

Paciente con cuadro clínico sugestivo de EPI, por lo que decido solicitar paraclínicos y con resultados val por el servicio de ginecología inicio manejo con:

Lactato de ringer 1000 cc en bolo y continuar a 100 cc por hora

Hioscina mas dipirona iv ahora

Solicito hemograma - parcial de orina con sonda - ffv

Nueva valoración con resultados

Evolución Urgencias

Fecha: 16/11/2016; Hora: 00+30

Reporte de paraclínicos: CH Leucos 12300 Neutros 78% Linfos 11.3%, HB 15.1, Hcto 45. % HB 15.1

Pdeo: Leucos 100cel7ul, Hematies 8-10xc, Bact +++, Moco ++, Presencia de células guía, muestra contaminada con flujo vaginal. PCR 2.83

Paciente con diagnósticos anotados, recibo reporte de paraclínicos: hemograma con leucocitosis y neutrofilia, PCR positiva, frotis de flujo vaginal cocos Gram positivos, parcial de orina contaminado, presencia de células guía compatible con vaginosis bacteriana por lo que decido iniciar manejo medico sintomático, signos de alarma

Se indica manejo ambulatorio con Metronidazol óvulos vaginales, Bb hiosina Vo c8h y Ranitidina vo.

De lo anterior, se concluye que la sintomatología que presentaba la joven era sugestiva de una enfermedad pélvica inflamatoria – EPI, por lo que, se solicitan paraclínicos e interconsulta con ginecología. Los resultados de los exámenes llevaron a los médicos a diagnosticar una vaginosis bacteriana, por lo que, se dio manejo ambulatorio con metronidazol, entre otros.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 28 de septiembre de 2012, Rad. 15001-23-31-000-1996-06445-01(23896), M.P. Danilo Rojas.

Se debe resaltar que la presencia de un dolor abdominal tiene diferentes diagnósticos diferenciales dentro de los cuales incluye la enfermedad pélvica inflamatoria, el cual fue el primer diagnóstico y se suministró el tratamiento, de acuerdo con las guías, procedimientos e intervenciones requeridas para ese diagnóstico.

Posteriormente, la paciente ingresó nuevamente al servicio de urgencias porque aunque presentó una mejoría en los síntomas, el dolor abdominal persistía. Frente a lo cual, la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, de manera diligente, tuvo que practicar cirugía de laparotomía exploratoria, con el fin de diagnosticar la enfermedad que padecía y actuar en consecuencia, de manera urgente, ya que su estado de salud no permitía esperar para realizar otras pruebas.

Todos los procedimientos médicos realizados estuvieron de acuerdo con la *lex artis* y en concordancia con los protocolos médicos. En el caso en concreto, era necesario realizar una laparotomía explorativa de forma urgente, no existiendo otro medio idóneo para salvar la vida e integridad de la paciente.

De igual forma, la práctica de la segunda laparotomía se hizo necesaria por la evolución misma de la paciente, quien requirió un drenaje de colección intrabdominal, lavado y liberación de adherencias, como consecuencia apenas natural de su enfermedad.

La cicatriz es un efecto secundario de los procedimientos quirúrgicos practicados, lo cual fue debidamente informado. Los médicos no tenían otro medio para evitar que la cicatriz se produjera, pues siempre debe primar el derecho a la vida e integridad del paciente.

Señor Juez, no se puede imponer el deber a los médicos de acertar en el diagnóstico. Con todo, la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, logró salvar vida e integridad de la paciente, teniendo en cuenta, la urgencia y el avance de la peritonitis.

La **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, (i) garantizó el acceso los servicios médicos de urgencias y especializados de cirugía general; (ii) la atención fue prestada de manera oportuna; (iii) se encuentran registros de consentimientos informados para procedimientos e intervenciones en urgencia y cirugía general, lista de chequeo de ingreso a salas de cirugía, protocolo para control de riesgos de caídas de pacientes, registros de información a la familia sobre condiciones de la paciente, pronóstico y severidad de la enfermedad; (iv) el diagnóstico, los tratamientos y

procedimientos quirúrgicos practicados fueron pertinentes teniendo en cuenta la sintomatología de la paciente; por último, (v) el servicio fue prestado de manera continua.

En tal sentido, las pruebas obrantes en el expediente dan cuenta que **no hay** elemento alguno que permita predicar error de conducta alguno de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** e, incluso, hay circunstancias que acreditan un obrar cuidadoso, ajustado a las reglas de la *lex artis*.

Lo anterior se desprende de la lectura detallada de la historia clínica, donde efectivamente se demuestra la atención que, desde el inicio a la joven **ANDREA DEL PILAR SAENZ**, se le brindó un servicio óptimo y oportuno en la prestación del servicio de salud.

Resulta claro que no se podrá demostrar la falla del servicio de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA POR LA ELEMENTAL RAZÓN DE QUE NO HUBO FALLA ALGUNA**, pues dicha institución prestó sus servicios de salud de manera eficiente y oportuna.

En ese sentido, teniendo en cuenta que no se encuentra probado que la joven sufrió una "cicatriz" como consecuencia de una acción u omisión de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, que incurriese en alguna de las tres formas de falla del servicio, a saber, porque i) dejó de prestar sus servicios, ii) lo hizo de manera tardía o iii) lo hizo de manera equivocada o ineficiente.

Así las cosas, ante la ausencia de falla del servicio, debe concluirse que no se configuran los 3 elementos de la responsabilidad extracontractual del Estado, motivo por el cual, resulta jurídicamente imposible derivar responsabilidad alguna en cabeza de la demandada.

Como consecuencia de lo expuesto, le solicito respetuosamente al Despacho que declare probada la excepción de ausencia de acreditación de la falla del servicio como elemento de la responsabilidad extracontractual del Estado, y que, consecuencialmente, exonere de responsabilidad a la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**.

3.- INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL HECHO Y LAS ACTUACIONES DE LA DEMANDADA

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han sido reiterativas en afirmar que los elementos de la responsabilidad civil extracontractual son daño, culpa y nexo de causalidad entre la culpa y el daño. En este orden de ideas, si falta uno de estos elementos, no puede el Despacho declarar probada la responsabilidad de la parte demandada.

El nexo causal como uno de los elementos de toda responsabilidad civil contractual o extracontractual, no escapa a la exigencia de estar acreditado plenamente en el proceso.

De acuerdo con el profesor Héctor Eduardo Patiño, *“El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquél aparece ligado a ésta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad”*⁷.

En ese mismo sentido la jurisprudencia de las altas cortes se ha encargado de definir el concepto de nexo causal en los siguientes términos:

*“El nexo causal es la determinación de que un hecho es la causa de un daño. En determinar si la conducta imputada a la Administración fue esa medida, en aras de establecer la existencia del nexo causal es necesario causa eficiente y determinante del daño que dicen haber sufrido quienes deciden acudir ante el juez con miras a que les sean restablecidos los derechos conculcados”*⁸.

*“El nexo causal entre la conducta y el daño, en línea de principio, puede describirse como un enlace entre un hecho antecedente y un resultado consecuente que no es otro que el perjuicio; en otras palabras, corresponde a una relación causa a efecto”*⁹.

Así las cosas, el actor debe demostrar que el perjuicio cuya reparación persigue realmente provino de manera directa de la conducta del demandado. Entre la acción

⁷ Patiño, Héctor. Las causales exonerativas de la responsabilidad extracontractual. ¿Por qué y cómo impiden la declaratoria de responsabilidad? Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado. Revista de Derecho Privado No. 20, junio, 2011, p. 371-39

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 27 de abril de 2011, Exp. No. 19155.

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 23 de noviembre de 1990. G.J. 2443.

o la omisión de éste y el daño, debe mediar, necesariamente, un nexo de causalidad directo y adecuado.

Lo anterior significa que el demandante debe probar que el daño que está reclamando tiene, efectivamente, una relación causa-efecto con los hechos en los que está fundamentando su petición.

Al respecto, la doctrina ha manifestado que: "***el elemento nexo de causalidad es estructural dentro del juicio de responsabilidad y no admite ningún tipo de presunciones***¹⁰". (negrilla fuera de texto).

Ahora bien, la principal teoría de que se ha valido nuestra jurisprudencia para determinar la existencia del nexo causal es la de la "*causalidad adecuada*". Según ésta, para que exista relación causal, la acción o la omisión tiene que ser la efectiva y directamente adecuada para la producción del efecto. Lo que se requiere es, no que determinada conducta aparezca como condición del resultado, sino que aquélla, en un juicio de adecuación, efectivamente conduzca a ese resultado.

En el caso que nos ocupa, está probado en la Historia Clínica que la joven **ANDREA DEL PILAR SAENZ**, ingresó al servicio de urgencias de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**, el 15 de noviembre de 2016, por un "*dolor bajito y flujo de mal olor*". De acuerdo con la sintomatología de la paciente se practicaron paraclínicos e interconsulta con ginecología. De manera consecuente, se diagnosticó una enfermedad pélvica inflamatoria – EPI.

De acuerdo con la literatura médica, la presencia de un dolor abdominal tiene diferentes diagnósticos diferenciales dentro de los cuales incluye la enfermedad pélvica inflamatoria, el cual fue el primer diagnóstico y tratamiento suministrado a la paciente, de acuerdo con las guías, procedimientos e intervenciones requeridas para ese diagnóstico.

El 18 de diciembre de 2016, la paciente ingresó nuevamente al servicio de urgencias porque aunque presentó una mejoría en los síntomas, el dolor abdominal persistía. Frente a lo cual, la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, de manera diligente, tuvo que practicar cirugía de laparotomía exploratoria, para salvar la integridad de la paciente por la urgencia y el avance de la peritonitis.

¹⁰ Patiño, Héctor Dominguéz. *El trípode o el bípode: la estructura de la responsabilidad*. XVI Jornadas Internacionales de Derecho Administrativo. Universidad Externado de Colombia. 2016

Posteriormente, se practicó una segunda laparotomía, la cual, se hizo necesaria por la evolución misma de la paciente, quien requirió un drenaje de colección intrabdominal, lavado y liberación de adherencias, como consecuencia apenas natural de su enfermedad.

Realmente la parte actora se queja de la cicatriz producto de los procedimientos quirúrgicos practicados en la **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA** para salvar su vida e integridad. Al respecto, es preciso señalar que la cicatriz es la reparación de una herida producto de una cirugía, de manera que, la cicatriz se hubiera ocasionado en todo caso, pues, debido a su enfermedad, la hubieran tenido que operar en cualquier momento, esto es, el 15 de noviembre o el 19 de noviembre de 2016.

Nunca la cicatriz puede ser considerada como un daño o como un actuar doloso o culposo de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**, pues la cicatriz es un efecto secundario de los procedimientos quirúrgicos practicados, lo cual fue debidamente informado a la paciente y consentido por ella.

Señor Juez, los médicos no tenían otro medio para evitar que la cicatriz se produjera, pues siempre debe primar el derecho a la vida e integridad del paciente.

Como se expuso, no está demostrada la falla del servicio, así como tampoco, la cicatriz puede ser considerada, en sí misma, como un daño, de manera que no habrá nunca un nexo causal entre los servicios prestados por la Institución Médica y los daños que alega haber sufrido la demandante.

Así las cosas, no existe y no está probado un nexo causal. Por lo anteriormente expuesto, solicito a su Despacho que declare probada la presente excepción y absuelva de toda responsabilidad a **HOSPITAL SAN RAFAEL** y por ende, a mi representada.

4.- AUSENCIA DE DAÑO, O PERJUICIO, REAL Y CIERTO

Daño, según el Dr. Juan Carlos Henao es " toda lesión a los intereses lícitos de una persona, trátase de derechos pecuniarios o de no pecuniarios, de derechos individuales o de colectivos, que se presenta como la lesión definitiva de un derecho o como la alteración de su goce pacífico y que, gracias a la posibilidad de accionar

*judicialmente, es objeto de reparación si los otros requisitos de la responsabilidad civil se encuentran reunidos”.*¹¹

Desde el punto de vista constitucional, de acuerdo con el artículo 90 constitucional, el daño debe tener la calidad de antijurídico, esto es, “*aquel que no se tiene la obligación de padecer y que es contrario a derecho, que vulnera el ordenamiento jurídico y con ello lesiona los bienes e intereses jurídicamente protegidos*”¹²

Además, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha destacado dos características, para que éste sea susceptible de ser indemnizado y/o reparado, esto es: i) debe ser cierto y/o determinado y ii) debe ser personal.

*“El primer elemento a observar en el análisis de la responsabilidad del Estado tiene que ver con la existencia y demostración del daño, el cual, para ser indemnizable, debe reunir las siguientes características: i) debe ser **antijurídico**, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo, ii) que sea **cierto**, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente -que no se limite a una mera conjetura-, y que suponga una lesión a un derecho, bien o interés legítimo que se encuentre protegido por el ordenamiento jurídico, y iii) que sea **personal**, es decir, que sea padecido por quien lo solicita”*¹³.¹⁴ (negrilla fuera de texto).

Ahora bien, el daño como primer elemento de la responsabilidad del Estado, debe estar totalmente acreditado para efectos de proceder con el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, estos son, la causalidad y la imputación. De esa manera, lo ha reiterado el Consejo de Estado, en oportunidad reciente, cuando manifestó:

“El primer elemento que se debe observar en el análisis de la responsabilidad estatal es el daño, toda vez que la jurisprudencia de esta Corporación ha reiterado que “sin daño no hay responsabilidad” y solo ante su acreditación es dable estudiar su imputación al Estado,

¹¹ HENAO, Juan. “La responsabilidad extracontractual del Estado ¿Qué? ¿Por qué? ¿Hasta dónde?”, Universidad Externado de Colombia (2015), pág. 35.

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de Unificación del 28 de agosto de 2014, Exp. 31172, C.P. Olga Mérida Valle De la Oz.

¹³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 25 de abril de 2012, expediente 21861, C.P. Enrique Gil Botero.

¹⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 22 de febrero de 2019, expediente 43239, C.P. Jaime Enrique Rodríguez Navas; Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 10 de diciembre de 2018, expediente No. 39546, C.P. Martha Nubia Velásquez Rico.

daño que, además, debe ser antijurídico, ya que constituye un elemento necesario de la responsabilidad¹⁵.

Por lo anterior, es posible afirmar con suficiente solidez que sin daño no hay lugar a seguir con el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, porque el daño es el fundamento de la reparación y este último, es el fin máximo de la responsabilidad.

Además, para que el daño resarcible sea considerado como tal, éste debe ser cierto, directo, personal y subsistente, pues de lo contrario se configuraría un enriquecimiento sin justa causa¹⁶.

Así las cosas, en nuestro ordenamiento jurídico es ineludible que quien pretenda la declaración de responsabilidad en cabeza de otro demuestre la existencia de un daño, como bien lo ha establecido el artículo 167 del Código General del Proceso, según el cual *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"* y el artículo 164, el cual consagra el principio de necesidad de la prueba, *" Toda decisión judicial debe fundarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso"*.

De manera tal que, es de exclusiva incumbencia de quien solicita la declaración judicial de una responsabilidad civil extracontractual, satisfacer la carga de probar tanto la existencia del daño, como su cuantía.

En ese sentido, el fallador deberá abstenerse de proferir condena alguna a la reparación, cuando quiera que el demandante no satisfaga la prueba de los daños y de su cuantía que alega en la demanda.

De acuerdo con el artículo 1614 del Código Civil, se entiende por lucro cesante *" la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplido imperfectamente, o retardado su cumplimiento"*.

La parte demandante solicitó una indemnización a título de lucro cesante la suma de \$528.000.000,00 por los dineros que la joven **ANDREA DEL PILAR SANEZ** dejó de producir como consecuencia de una cicatriz.

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercero, Sentencia del 14 de junio de 2019, Exp. 52008, C.P. Martha Nubia Velásquez Rico.

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 22 de marzo de 2007. Expediente 05001 3103 000 1997 5125 de 2007

Afirma la joven que en virtud de su profesión de nudista artística, a los 20 años, percibía la suma de \$1.500.000, la cual desarrollaría por 15 años, pues la edad límite promedio para desarrollar esta actividad es de 35 años. Por lo anterior, allega unas fotografías absolutamente descontextualizadas que no dan cuenta de sus afirmaciones.

En efecto, en reiterados pronunciamientos del Consejo de Estado se ha establecido que las fotografías por sí solas no acreditan los hechos que con ellas pretenden probarse:

“El valor probatorio de las fotografías y los hechos que con ellas se documentan. El material fotográfico, como medio de prueba, se enlista dentro de las denominadas documentales y, en tanto documento, reviste de un *“carácter representativo, que muestra un hecho distinto a él mismo”⁴²*. De ahí que, *“[l]as fotografías por sí solas no acreditan que la imagen capturada corresponda a los hechos que pretenden probarse”⁴³*, con lo cual, el valor probatorio que puedan tener *“no depende únicamente de su autenticidad formal, sino de la posibilidad de establecer si la imagen representa la realidad de los hechos que se deducen o atribuyen, y no otros diferentes, posiblemente variados por el tiempo, el lugar o el cambio de posición.*

En otras palabras, para que las fotografías tengan connotación probatoria y puedan ser valoradas conforme a las reglas de la sana crítica, se debe tener certeza sobre la persona que las realizó y las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que fueron tomadas, lo que normalmente se devela a través de otros medios complementarios. De esta forma, la autonomía demostrativa de dichos documentos se reduce en la medida que se requieran otros medios de convicción que las soporten. Reconocer esto, sin embargo, no supone a priori ignorar su mérito probatorio sino situarlo en el contexto de su carácter representativo¹⁷”.

En ese entendido, no obra prueba alguna en el plenario que demuestre que la demandante ejercía una actividad lícita de la cual derivaba su sustento, así como tampoco prueba realmente que la cicatriz le impida trabajar de por vida, más aún teniendo en cuenta su corta edad.

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 14 de febrero de 2018, Rad. No. **05001-23-31-000-2003-03993-01(44494)** M.P. Ramiro Pazos Guerero.

En ese sentido, teniendo en cuenta que los daños reclamados por la parte demandante no cumplen con las características legales y jurisprudenciales para ser indemnizables, es claro que no se encuentra presente este elemento estructural de la responsabilidad.

Por todo lo anteriormente expuesto, le solicito al Despacho declarar probada esta excepción, y como consecuencia exonerar de toda responsabilidad a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** por cuanto, tal como quedará demostrado, la demandante no prueba la existencia del daño ni la cuantía cierta de los perjuicios.

5. DESCONOCIMIENTO DE LOS TOPES INDEMNIZATORIOS PARA EL PERJUICIO INMATERIAL ESTABLECIDO POR LA JURISPRUDENCIA UNIFICADA DEL CONSEJO DE ESTADO

En relación con el daño moral, la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, sintetizó el concepto en *"aquel que se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y, en general, los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, entre otros, que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo"*¹⁸.

Con ocasión a los topes indemnizatorios establecidos para el daño moral, me permito citar el precedente sentado por el Consejo de Estado en Sentencia de Unificación para los casos de lesiones:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Victima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

¹⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 12 de diciembre de 2019, Rad. No. 73001-23-31-000-2007-00616-01 (45211), M.P. Marta Nubia Velásquez Rico.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y descendiendo al caso en concreto, la parte demandante solicita una indemnización equivalente al 350 S.M.L.M.V. a título de daño moral a favor de la demandante con ocasión a la cicatriz producto de los procedimientos quirúrgicos practicados a **ANDREA DEL PILAR SAENZ**; no obstante, en el caso en concreto, no se encuentra probada, de forma alguna, la gravedad de la lesión, esto es, la pérdida de capacidad laboral.

Así las cosas, respecto al valor de la indemnización por perjuicios morales existe yerro en su tasación, por cuanto exigen de forma desproporcionada la suma equivalente a 350 SMLMV suponiendo que su lesión le ocasionó una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%. Teniendo en cuenta que no se aportan medios probatorios tendientes a reconocer dicho porcentaje, ninguna suma podrá serle reconocida.

Por lo anterior, se evidencia la enorme diferencia existente entre lo pretendido por la parte demandante y lo permitido por nuestra jurisprudencia, sin que obre en el expediente sustento probatorio alguno que lleve al señora Juez a concluir que en este caso se justifique reconocer tan cuantiosa suma de dinero, por lo que en caso de que su Despacho considere que es procedente el reconocimiento de dicho perjuicio, le solicito respetuosamente tener en cuenta los toques indemnizatorios establecidos en Sentencia de Unificación del Consejo de Estado.

Adicionalmente, solicita la indemnización de un perjuicio que no es reconocido por la jurisprudencia, como lo es, el daño a la vida de relación, por lo que, en ningún caso podrá ser reconocido en la sentencia.

Por todo lo anteriormente expuesto, le solicito al Despacho declarar probada esta excepción, y como consecuencia exonerar de toda responsabilidad a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** por cuanto, tal como quedará demostrado, la demandante no prueba la existencia del daño ni la cuantía cierta de los perjuicios.

V. - EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Teniendo en cuenta que la vinculación que se realiza de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** se hace con base en la existencia de tres pólizas de seguro distintas, para efectos metodológicos y brindarle facilidad al Despacho, las excepciones se van a presentar de conformidad con las pólizas que se pretenden afectar.

A. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1005447

1.- INEXISTENCIA DE AMPARO, POR FALTA DE RECLAMACIÓN SOBRE LOS HECHOS OCURRIDOS EN NOVIEMBRE DE 2016

Dentro del espectro del Derecho de Seguros, existen diversos tipos de pólizas que una aseguradora puede expedir, a efectos de asumir los riesgos que se pretenden trasladar. Una de estas modalidades, es la que hoy nos ocupa, siendo esta las pólizas de seguro *claims made* o por reclamación.

El legislador incorporó este tipo de pólizas en nuestro ordenamiento jurídico con la expedición de la Ley 389 de 1997, en la cual, en su artículo 4, se señaló lo siguiente:

“Artículo 4o. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

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

PARAGRAFO. *El Gobierno Nacional, por razones de interés general, podrá extender lo dispuesto en el presente artículo a otros ramos de seguros que así lo ameriten”. (Delineado y negrilla fuera del texto original).*

Este tipo de pólizas, lo que buscan es hacer una delimitación temporal de la cobertura del seguro de responsabilidad civil; es decir, se somete la obligación de indemnizar el objeto de cobertura, a la presentación de una reclamación por parte de la víctima, ya sea al asegurado o al asegurador, dentro del término específico que se señale para ello.

Así, se ha determinado que:

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

(...)

Partiendo de que el seguro de responsabilidad civil ampara los daños sufridos por terceros y se consagra en favor de ellos, debe dilucidarse el alcance de la cobertura del seguro de responsabilidad civil bajo la modalidad «claims made».

Para esto afirmó que es necesario distinguir si quien exige el pago de la indemnización es el asegurado o la víctima directamente: en el primer evento, aquel sólo tiene derecho a reclamar cuando ésta le haya exigido la reparación, de lo contrario su patrimonio nunca se vería expuesto a una merma. En la segunda hipótesis, el derecho a reclamar nace con el perjuicio que el asegurado le ocasionó a la víctima, en la medida en que el derecho de esta a la reparación deviene por ministerio de la ley, simplemente por sufrir un daño antijurídico, sin que pueda afirmarse que ese detrimento está supeditado a elevar una solicitud de pago, menos cuando esa condición se pacta en un negocio en donde no es parte¹⁹”.

Vemos entonces que, bajo este régimen especial de los seguros de responsabilidad por reclamación, se requiere, no solo la existencia del acaecimiento de un hecho externo e imputable al asegurado, sino que además, **es necesario la existencia de una reclamación, durante la vigencia de la póliza, para que la misma pueda ser afectada.**

Como puede comprobarlo la Señora Juez, la parte actora vincula a la *Litis* a mi representada, con base en la existencia de un contrato de seguro que amparaba, según su dicho, la responsabilidad civil de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, para la época de los hechos.

En efecto, se contrató la Póliza No. 1005447 con una vigencia entre el 20 de marzo de 2016 y el 27 de marzo de 2017. Sin embargo, olvida el apoderado de la llamante

¹⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 18 de julio de 2017, radicado No. 76001-31-03-001-2001-00192-01. M.P. AROLDI WILSON QUIROZ MONSALVO.

en garantía que nos encontramos ante una póliza *claims made* con retroactividad. Al respecto, la doctrina ha establecido que:

*"Bajo esta modalidad de "claims made" **se da cobertura a aquellas reclamaciones que se presenten en vigencia de la póliza y que tengan su origen en hechos y circunstancias acaecidas durante la vigencia de la misma o incluso con anterioridad al inicio de su vigencia, siempre y cuando dichos hechos se hubieren producido con posterioridad a la fecha máxima de retroactividad establecida por el asegurador en las condiciones particulares del seguro.** En otras palabras, se permite adicionalmente brindar amparo a reclamaciones generadas por hechos ocurridos con anterioridad, al inicio de la vigencia de la póliza, siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del rango de tiempo pretérito otorgado²⁰".*
(Delineado y negrilla fuera de texto original)

Es decir, para que haya un siniestro, es decir, la realización de un riesgo efectivamente amparado en la Póliza, se requeriría que el evento hubiera ocurrido dentro de la vigencia de ésta, **PERO ADEMÁS, AL TRATARSE DE UNA PÓLIZA CLAIMS MADE, TAMBIÉN QUE LA RECLAMACIÓN OCURRIERA DENTRO DE LA VIGENCIA.**

Por esto, resulta totalmente improcedente la vinculación que se hace a mi mandante al presente proceso por la mencionada Póliza; pues se evidencia que **no existe ni existió reclamación alguna dentro de la vigencia de la póliza**, es decir, entre el 20 de marzo de 2016 y el 27 de marzo de 2017, pues **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** vino a conocer los hechos que hoy nos ocupan, con la notificación del auto que admite el llamamiento en garantía, el 11 de diciembre de 2020, y nunca fue citada a la audiencia de conciliación prejudicial.

Es por esto que, es absolutamente claro cómo **NINGUNA OBLIGACIÓN RESARCITORIA PODRÍA SURGIR EN CABEZA DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, POR CUANTO CORRESPONDERÍA A UN ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA**, proscrito por nuestro ordenamiento jurídico.

Por corresponder a una afirmación absolutamente objetiva, que por lo demás se subsume en lo preceptuado en el artículo 167 del Código General del Proceso, más

²⁰ Uribe Lozada, Nicolás, Análisis técnico - jurídico de la modalidad de cobertura por reclamación o "Claims made" en los seguros de responsabilidad civil a la luz del ordenamiento jurídico colombiano. 44 Rev. Ibero-Latinoam. Seguros, 13-89 (2016). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ris44.atjm>.

exactamente en la definición de **NEGACIONES INDEFINIDAS**, no me extenderé en esta argumentación, restando ser enfáticos en que **NO EXISTE, NI EXISTIÓ, RECLAMACIÓN ALGUNA ENCAMINADA A AFECTAR LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1005447 POR PARTE DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA O DE LA VÍCTIMA**, por medio de la cual se pueda vincular a mi mandante al presente proceso y pretender endilgarle cualquier tipo de responsabilidad.

Como consecuencia de lo anterior, solicito al Despacho desestimen las pretensiones de la demanda y el llamamiento en garantía y, exonere de cualquier tipo de responsabilidad a mi mandante.

B. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL NO. 1006056

1.- AUSENCIA ABSOLUTA DE ACREDITACIÓN DEL SINIESTRO Y SU CUANTÍA – DESCONOCIMIENTO DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

Las obligaciones indemnizatorias a que se puede encontrar sujeta una aseguradora en nuestro país, deberán estar precedidas del cumplimiento de una carga, impuesta legalmente al asegurado, y es la que se encuentra consagrada en el artículo 1077 del Código de Comercio, que a su letra dice:

***“ARTÍCULO 1077.** Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.*

El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.” (Subrayas fuera de texto)

Como puede verse, la primera carga demostrativa pesa, naturalmente, en la persona del asegurado, quien debe acreditar que se produjo la ocurrencia de un **siniestro**, al igual que la cuantía a la que el mismo asciende.

Pero como bien lo sabe el Despacho, un “siniestro” **NO** es cualquier hecho adverso a los intereses del asegurado, ni tan siquiera cuando tengan relación tangencial con el objeto del seguro, como mal lo cree el ejecutante quien da gala en la demanda, del abierto desconocimiento del derecho sobre la materia.

Por el contrario, la demostración del **siniestro**, se refiere a la “realización del riesgo asegurado”, como bien lo enseña el artículo 1072 del Código de Comercio.

Es decir que, la primera carga que pesa en una relación aseguraticia, para que tenga lugar la activación de alguno de los amparos contenidos en una póliza, consiste en que el asegurado demuestre:

- (i) La realización de un riesgo asegurado; y,
- (ii) El valor que dicha realización del riesgo, implicó como detrimento para el asegurado.

La póliza **DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1006056**, expedida por mi defendida, tenían por objeto, como su nombre así lo indica, amparar **ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE** la responsabilidad médica en que pudiese incurrir la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, dentro de las vigencias contratadas y con las prerrogativas anteriormente explicadas. Así, el objeto del seguro está definido en los siguientes términos:

“Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, los daños materiales y las lesiones personales que LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA cause con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud, en el desarrollo de sus actividades profesionales por personal médico, paramédico o médico auxiliar, firmas especializadas, cooperativas y uniones temporales, estudiantes de la salud, centros de enseñanza de la salud, empresas asociativas de trabajo o terceros prestadores del servicio, y personas jurídicas y naturales bajo la supervisión de la ESE Hospital San Rafael de Tunja”. (Delineado y negrilla fuera de texto original).

Es así como es claro que los hechos por los que se demanda a mi mandante, no constituyen ni constituirán **NUNCA** amparo con cargo a la póliza, toda vez que, de los hechos que motivan el presente proceso, se avizora con total claridad que **NO EXISTE** responsabilidad alguna de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**, pues, siendo una carga para la parte actora, no se logran acreditar ninguno de los elementos que estructuran la responsabilidad en el Ordenamiento Jurídico Colombiano, a saber: daño, nexo causal y, para el caso que nos ocupa, falla en el servicio.

Al analizar el caso concreto, podemos constatar cómo la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA** actuó de manera diligente a la joven **ANDREA DEL PILAR SAENZ**, lo que llevó a que se garantizara de forma absoluta su derecho a la vida y a la integridad.

En efecto, gracias a todas las atenciones, procedimientos diagnósticos y tratamientos realizadas por la **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**, se garantizó su vida, las cuales se encuentran ajustadas a la *lex artis*, esto es, a lo que la literatura médica prescribe en relación con la patología que padecía.

Lo anterior se desprende de la lectura detallada de la historia clínica, donde efectivamente se demuestra la atención que, desde el momento en que el paciente nació, se le brindó, a efectos de garantizar un servicio óptimo y oportuno en los servicios de salud.

Con todo lo anterior tenemos que, **PARA QUE EL ASEGURADO HUBIERA DEMOSTRADO LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO CON CARGO A LA PÓLIZA EXPEDIDA POR LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, TENDRÍA QUE HABER ACREDITADO, AL MENOS CON UNA PRUEBA SUMARIA,** la ocurrencia de un daño ocasionado de manera directa por la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**.

Por consiguiente, teniendo en cuenta que, la responsabilidad de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA** no se encuentra demostrada dentro del presente proceso, la consecuencia solo puede ser una: no se demuestra la ocurrencia del siniestro y su cuantía, por lo que es claro que de ninguna manera puede derivarse obligación alguna en cabeza de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

3.- AUSENCIA DE COBERTURA POR EXCLUSIÓN EXPRESA DE LA PÓLIZA 1006056

La autonomía privada, consagrada en el artículo 1602 del Código Civil, así como la libertad contractual, consustancial a la primera, permiten a las partes, entre otros aspectos, establecer voluntariamente si se quiere contratar, qué contratar, con quién contratar y cómo contratar.

Respecto del contrato de seguro, el artículo 1056 del Código de Comercio establece que:

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

Asimismo, la doctrina ha establecido que: *“con el negocio el individuo no viene a declarar que quiere algo, sino que expresa directamente el objeto de su querer, y éste es una regulación vinculante de sus intereses en las relaciones con otros”* ²¹. (Subraya y negrilla fuera de texto).

Por su parte, la Corte Constitucional ha tenido oportunidad de pronunciarse en torno a la autonomía de la voluntad de la siguiente manera:

“El principio de autonomía de la voluntad privada ha sido definido como el poder de las personas, reconocido por el ordenamiento positivo para disponer con efecto vinculante de los intereses y derechos de los que son titulares y por ende crear derechos y obligaciones, siempre que respete el orden público y las buenas costumbres” ²².

Descendiendo al caso concreto, como podrá observar el Despacho, la póliza expedida por mi mandante es bastante clara. Nótese, de conformidad con la carátula de la misma, que **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS** se comprometió a amparar la responsabilidad civil del **HOSPITAL SAN RAFAEL**:

“Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, los daños materiales y las lesiones personales que LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA cause con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud, en el desarrollo de sus actividades profesionales por personal médico, paramédico o médico auxiliar, firmas especializadas, cooperativas y uniones temporales, estudiantes de la salud, centros de enseñanza de la salud, empresas asociativas de trabajo o terceros prestadores del servicio, y personas jurídicas y naturales bajo la supervisión de la ESE Hospital San Rafael de Tunja”.

Pero también podrá el Despacho observar que **DICHA COBERTURA FUE EXCLUIDA CUANDO SE TRATE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE LOS MÉDICOS.** En efecto, en la cláusula segunda de las condiciones generales del contrato de seguro se pactó lo siguiente:

“CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

²¹ Emilio Betti, Teoría General del Negocio jurídico, Editorial Comares, Granada, 2010, p.59

²² Corte Constitucional, Sentencia C 1194/08.

2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE LOS MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD". (Subraya y negrilla fuera de texto)"

De encontrarse probado que la cicatriz de la joven demandante se dio como consecuencia de un mal diagnóstico, un mal tratamiento o una mala praxis del médico y no de la **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**, el Despacho TENDRÁ QUE CONCLUIR INDEFECTIBLEMENTE QUE NO PUEDE DERIVARSE OBLIGACIÓN ALGUNA EN CABEZA DE **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** POR HABERSE CONFIGURADO UNA CLARA EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

En consecuencia, le solicito al Despacho de manera respetuosa que declare la ausencia de cobertura por exclusión de los daños reclamados en la demanda, y en consecuencia, exonere de responsabilidad a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

4.- LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO – ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

En el hipotético caso en el cual el Despacho considere que sí se encuentra plenamente acreditado un siniestro –que no lo está- en los términos de los amparos y coberturas ofrecidos en las pólizas, no puede ignorar que las condiciones particulares de los contratos de seguro establecen un valor asegurado, el cual fue contratado por las partes.

Por lo tanto, pretender que mi mandante responda por la totalidad no es nada diferente a lo cual desconocer el artículo 1602 del Código Civil y el artículo 1056 del Código de Comercio-, debe atenerse a lo dispuesto en el artículo 1079 del Código de Comercio.

Es por esto que, en el extraordinario caso en el cual este Despacho considere que una de las pólizas expedidas por mi mandante sí puede verse afectada, le solicito al Despacho que tenga en cuenta el límite indemnizable, de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio.

***"Artículo 1079.** El asegurado no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada (...)"*

A partir de la lectura de la norma antes transcrita se hace evidente que el asegurador sólo tendrá la obligación de indemnizar al asegurado o beneficiario del contrato de seguro hasta el monto del valor asegurado, el cual ha sido fijado contractualmente por las partes y consta en la carátula de la póliza.

Es así como dentro del contrato de seguro se puede establecer una cuantía máxima de indemnización a cargo de la aseguradora, cuando ocurra el siniestro amparado con la póliza. De igual forma, es usual que la aseguradora establezca sublímites, limitando así el valor total asegurado.

Tal es el caso que nos ocupa respecto de las pólizas por las cuales se vincula a mi mandante.

Veamos.

En la póliza de responsabilidad civil No. 1006056 se señaló lo siguiente:

" Sublímite para daños extra patrimoniales (morales, daño a la vida de relación, etc) 400.000.000 evento, 1.200.000.000 vigencia".

De la lectura de lo anterior, se concluye que el sublímite expresamente pactado entre las partes, respecto de los daños extrapatrimoniales se fijó en \$400.000.000 por evento; y, \$1.200.000.000 por vigencia – para varios eventos. En el caso que nos ocupa, nos encontramos frente a un **único evento**, motivo por el cual, el límite máximo de una eventual condena deberá ser por **\$400.000.000.**

Es así como, de acreditarse responsabilidad alguna en cabeza de mi mandante – que como ya se explicó con anterioridad, es inexistente – la condena deberá ceñirse al sublímite pactado entre las partes, como le solicito a la Señora Juez lo tenga en cuenta al momento de proferir sentencia que ponga fin al presente proceso.

5.- LÍMITE DEL VALOR A INDEMNIZAR POR EXISTENCIA DE UN DEDUCIBLE

El artículo 1056 del Código de Comercio consagra el principio de la autonomía de la voluntad en materia de seguros, así:

***"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".*

En ejercicio de esa autonomía de la voluntad, las partes del contrato de seguro pueden pactar que un porcentaje de la pérdida se asumirá por parte del asegurado: esto es lo que se como el deducible.

En ese mismo sentido, el artículo 1103 del Código de Comercio permite pactar este tipo de estipulaciones. De conformidad con la mencionada norma:

***“ARTÍCULO 1103. DEDUCIBLE.** Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original”.*

Como podrá notar el Despacho, en la póliza 1006056, **HOSPITAL SAN RAFAEL y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** pactaron los siguientes deducibles:

“Para el amparo de R.C. Clínicas y Hospitales: “15% del valor de la pérdida mínimo 60 S.M.L.M.V.”.

Por consiguiente, en el hipotético y remoto caso que el Despacho decida proferir condena alguna en contra del **HOSPITAL SAN RAFAEL** y establecer alguna obligación de regreso en cabeza de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** le solicito que tenga presente el deducible pactado entre las partes.

C. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1006567

1.- AUSENCIA ABSOLUTA DE ACREDITACIÓN DEL SINIESTRO Y SU CUANTÍA – DESCONOCIMIENTO DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

Las obligaciones indemnizatorias a que se puede encontrar sujeta una aseguradora en nuestro país, deberán estar precedidas del cumplimiento de una carga, impuesta legalmente al asegurado, y es la que se encuentra consagrada en el artículo 1077 del Código de Comercio, que a su letra dice:

***“ARTÍCULO 1077.** Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.*

El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.” (Subrayas fuera de texto).

Como puede verse, la primera carga demostrativa pesa, naturalmente, en la persona del asegurado, quien debe acreditar que se produjo la ocurrencia de un **siniestro**, al igual que la cuantía a la que el mismo asciende.

Pero como bien lo sabe el Despacho, un “siniestro” **NO** es cualquier hecho adverso a los intereses del asegurado, ni tan siquiera cuando tengan relación tangencial con el objeto del seguro, como mal lo cree el ejecutante quien da gala en la demanda, del abierto desconocimiento del derecho sobre la materia.

Por el contrario, la demostración del **siniestro**, se refiere a la “*realización del riesgo asegurado*”, como bien lo enseña el artículo 1072 del Código de Comercio.

Es decir que, la primera carga que pesa en una relación aseguraticia, para que tenga lugar la activación de alguno de los amparos contenidos en una póliza, consiste en que el asegurado demuestre:

- (i) La realización de un riesgo asegurado; y,
- (ii) El valor que dicha realización del riesgo, implicó como detrimento para el asegurado.

La póliza **DE RESPONSABILIDAD CIVIL No. 1006567**, expedida por mi defendida, tenían por objeto, como su nombre así lo indica, amparar **ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE** la responsabilidad médica en que pudiese incurrir la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, dentro de las vigencias contratadas y con las prerrogativas anteriormente explicadas. Así, el objeto del seguro está definido en los siguientes términos:

“Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, los daños materiales y las lesiones personales que LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA cause con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud, en el desarrollo de sus actividades profesionales por personal médico, paramédico o médico auxiliar, firmas especializadas, cooperativas y uniones temporales, estudiantes de la salud, centros de enseñanza de la salud, empresas asociativas de trabajo o terceros prestadores del servicio, y personas jurídicas y naturales bajo la supervisión de la ESE

Hospital San Rafael de Tunja". (Delineado y negrilla fuera de texto original).

Es así como es claro que los hechos por los que se demanda a mi mandante, no constituyen ni constituirán **NUNCA** amparo con cargo a la póliza, toda vez que, de los hechos que motivan el presente proceso, se avizora con total claridad que **NO EXISTE** responsabilidad alguna de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**, pues, siendo una carga para la parte actora, no se logran acreditar ninguno de los elementos que estructuran la responsabilidad en el Ordenamiento Jurídico Colombiano, a saber: daño, nexo causal y, para el caso que nos ocupa, falla en el servicio.

Al analizar el caso concreto, podemos constatar cómo la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA** actuó de manera diligente en atención de la joven **ANDREA DEL PILAR SAENZ**, lo que llevó a que se garantizara de forma absoluta su derecho a la vida y a la integridad.

En efecto, gracias a todas las atenciones, procedimientos diagnósticos y tratamientos realizadas por la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**, se garantizó su vida, las cuales se encuentran ajustadas a la *lex artis*, esto es, a lo que la literatura médica prescribe en relación con la patología que padecía.

Lo anterior se desprende de la lectura detallada de la historia clínica, donde efectivamente se demuestra la atención que, desde el momento en que el paciente nació, se le brindó, a efectos de garantizar un servicio óptimo y oportuno en los servicios de salud.

Con todo lo anterior tenemos que, **PARA QUE EL ASEGURADO HUBIERA DEMOSTRADO LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO CON CARGO A LA PÓLIZA EXPEDIDA POR LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, TENDRÍA QUE HABER ACREDITADO, AL MENOS CON UNA PRUEBA SUMARIA**, la ocurrencia de un daño ocasionado de manera directa por la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**.

Por consiguiente, teniendo en cuenta que, la responsabilidad de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA** no se encuentra demostrada dentro del presente proceso, la consecuencia solo puede ser una: no se demuestra la ocurrencia del siniestro y su cuantía, por lo que es claro que de ninguna manera puede derivarse obligación alguna en cabeza de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

3.- AUSENCIA DE COBERTURA POR EXCLUSIÓN EXPRESA DE LA PÓLIZA 1006056

La autonomía privada, consagrada en el artículo 1602 del Código Civil, así como la libertad contractual, consustancial a la primera, permiten a las partes, entre otros aspectos, establecer voluntariamente si se quiere contratar, qué contratar, con quién contratar y cómo contratar.

Respecto del contrato de seguro, el artículo 1056 del Código de Comercio establece que:

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

Asimismo, la doctrina ha establecido que: *“con el negocio el individuo no viene a declarar que quiere algo, sino que expresa directamente el objeto de su querer, y éste es una regulación vinculante de sus intereses en las relaciones con otros”*²³. (Subraya y negrilla fuera de texto).

Por su parte, la Corte Constitucional ha tenido oportunidad de pronunciarse en torno a la autonomía de la voluntad de la siguiente manera:

*“El principio de autonomía de la voluntad privada ha sido definido como el poder de las personas, reconocido por el ordenamiento positivo para disponer con efecto vinculante de los intereses y derechos de los que son titulares y por ende crear derechos y obligaciones, siempre que respete el orden público y las buenas costumbres”*²⁴.

Descendiendo al caso concreto, como podrá observar el Despacho, la póliza expedida por mi mandante es bastante clara. Nótese, de conformidad con la carátula de la misma, que **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS** se comprometió a amparar la responsabilidad civil del **HOSPITAL SAN RAFAEL**:

²³ Emilio Betti, Teoría General del Negocio jurídico, Editorial Comares, Granada, 2010, p.59

²⁴ Corte Constitucional, Sentencia C 1194/08.

“Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, los daños materiales y las lesiones personales que LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA cause con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud, en el desarrollo de sus actividades profesionales por personal médico, paramédico o médico auxiliar, firmas especializadas, cooperativas y uniones temporales, estudiantes de la salud, centros de enseñanza de la salud, empresas asociativas de trabajo o terceros prestadores del servicio, y personas jurídicas y naturales bajo la supervisión de la ESE Hospital San Rafael de Tunja”

Pero también podrá el Despacho observar que **DICHA COBERTURA FUE EXCLUIDA CUANDO SE TRATE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE LOS MÉDICOS.** En efecto, en la cláusula segunda de las condiciones generales del contrato de seguro se pactó lo siguiente:

“CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE LOS MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD”. *(Subraya y negrilla fuera de texto)”*

De encontrarse probado que la cicatriz de la joven demandante se dio como consecuencia de un mal diagnóstico, un mal tratamiento o una mala praxis del médico y no de la **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA**, el Despacho **TENDRÁ QUE CONCLUIR INDEFECTIBLEMENTE QUE NO PUEDE DERIVARSE OBLIGACIÓN ALGUNA EN CABEZA DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS POR HABERSE CONFIGURADO UNA CLARA EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.**

En consecuencia, le solicito al Despacho de manera respetuosa que declare la ausencia de cobertura por exclusión de los daños reclamados en la demanda, y en consecuencia, exonere de responsabilidad a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

4.- LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO – ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

En el hipotético caso en el cual el Despacho considere que sí se encuentra plenamente acreditado un siniestro –que no lo está– en los términos de los amparos

y coberturas ofrecidos en las pólizas, no puede ignorar que las condiciones particulares de los contratos de seguro establecen un valor asegurado, el cual fue contratado por las partes.

Por lo tanto, pretender que mi mandante responda por la totalidad no es nada diferente a lo cual desconocer el artículo 1602 del Código Civil y el artículo 1056 del Código de Comercio-, debe atenerse a lo dispuesto en el artículo 1079 del Código de Comercio.

Es por esto que, en el extraordinario caso en el cual este Despacho considere que una de las pólizas expedidas por mi mandante sí puede verse afectada, le solicito al Despacho que tenga en cuenta el límite indemnizable, de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio.

“Artículo 1079. El asegurado no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada (...)”.

A partir de la lectura de la norma antes transcrita se hace evidente que el asegurador sólo tendrá la obligación de indemnizar al asegurado o beneficiario del contrato de seguro hasta el monto del valor asegurado, el cual ha sido fijado contractualmente por las partes y consta en la carátula de la póliza.

Es así como dentro del contrato de seguro se puede establecer una cuantía máxima de indemnización a cargo de la aseguradora, cuando ocurra el siniestro amparado con la póliza. De igual forma, es usual que la aseguradora establezca sublímites, limitando así el valor total asegurado.

Tal es el caso que nos ocupa respecto de las pólizas por las cuales se vincula a mi mandante.

Veamos.

En la póliza de responsabilidad civil No. 1006567 se señaló lo siguiente:

“ Daños y perjuicios patrimoniales, extra patrimoniales incluyendo: daño moral, daño a la salud, daño a la vida de relación, otros daños a bienes o derechos constitucionalmente protegidos; incluyendo lucro cesante y daño emergente. Sublímite en daños morales \$100.000.000 evento/400.000.000 vigencia”.

De la lectura de lo anterior, se concluye que el sublímite expresamente pactado entre las partes, respecto de los daños extrapatrimoniales se fijó en \$100.000.000 por evento; y, \$400.000.000 por vigencia – para varios eventos. En el caso que nos ocupa, nos encontramos frente a un **único evento**, motivo por el cual, el límite máximo de una eventual condena deberá ser por **\$100.000.000**.

Es así como, de acreditarse responsabilidad alguna en cabeza de mi mandante – que como ya se explicó con anterioridad, es inexistente – la condena deberá ceñirse al sublímite pactado entre las partes, como le solicito a la Señora Juez lo tenga en cuenta al momento de proferir sentencia que ponga fin al presente proceso.

5.- LÍMITE DEL VALOR A INDEMNIZAR POR EXISTENCIA DE UN DEDUCIBLE

El artículo 1056 del Código de Comercio consagra el principio de la autonomía de la voluntad en materia de seguros, así:

***“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”.*

En ejercicio de esa autonomía de la voluntad, las partes del contrato de seguro pueden pactar que un porcentaje de la pérdida se asumirá por parte del asegurado: esto es lo que se como el deducible.

En ese mismo sentido, el artículo 1103 del Código de Comercio permite pactar este tipo de estipulaciones. De conformidad con la mencionada norma:

***“ARTÍCULO 1103. DEDUCIBLE.** Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original”.*

Como podrá notar el Despacho, en la póliza 1006056, **HOSPITAL SAN RAFAEL y LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** pactaron los siguientes deducibles:

“Para reclamos desde \$150.000.001 en adelante 15% del valor de la pérdida, mínimo 60 SMMLV”.

Por consiguiente, en el hipotético y remoto caso que el Despacho decida proferir condena alguna en contra del **HOSPITAL SAN RAFAEL** y establecer alguna obligación de regreso en cabeza de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** le solicito que tenga presente el deducible pactado entre las partes.

VI.- PETICIÓN

Por las razones expuestas en el presente escrito, las excepciones de mérito propuestas oportunamente por el suscrito y el acervo probatorio que consta en el expediente, solicito se proceda a denegar la totalidad de las pretensiones incorporadas en la demanda y en el llamamiento en garantía.

VII.- PRUEBAS

Solicito se tengan, decreten y practiquen como tales, las siguientes:

7.1. Documentales

7.1.1. Póliza Seguro de Responsabilidad No. 1005447 expedida por **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

7.1.2. Póliza Seguro de Responsabilidad No. 1006056 expedida por **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

7.1.3. Póliza Seguro de Responsabilidad No. 1006567 expedida por **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

7.1.4. Condiciones generales RCP-006-5 expedida por **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

7.1.5. Copia de la historia clínica de la señora **ANDREA DEL PILAR SAENZ MORALES**, la cual obra en el expediente.

7.2. Interrogatorio de parte

7.2.1. Solicito se fije fecha y hora para que los integrantes de la parte demandante absuelvan el interrogatorio de parte que en audiencia les formularé.

7.3. Testimoniales

7.3.1. Solicito a la señora Juez se decrete el testimonio de **MANUEL IGNACIO BARRETO GARAVITO**, mayor de edad, médico cirujano, quien intervino por primera vez a la señora **ANDREA DEL PILAR SAENZ MORALES**, con el fin de que testifique sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se produjeron los hechos que aquí nos ocupan, y en general, para que declare lo que le conste sobre las excepciones planteadas en esta contestación.

El doctor **BARRETO**, podrá ser citado en la Carrera 11 # 27 – 27 de la ciudad de Tunja, sede de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**.

7.3.2. Solicito a la señora Juez se decrete el testimonio de **JOSÉ ANTONIO TAMARA LÓPEZ**, mayor de edad, médico cirujano, quien realizó el segundo procedimiento quirúrgico a la señora **ANDREA DEL PILAR SAENZ MORALES**, con el fin de que testifique sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se produjeron los hechos que aquí nos ocupan, y en general, para que declare lo que le conste sobre las excepciones planteadas en esta contestación.

El doctor **TAMARRA**, podrá ser citado en la Carrera 11 # 27 – 27 de la ciudad de Tunja, sede de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**.

7.3.3. Solicito al Honorable Magistrado se decrete el testimonio de **WILMAR FERNANDO MONROY GARCIA**, mayor de edad, médico general, quien realizó el primer diagnóstico a la señora **ANDREA DEL PILAR SAENZ MORALES**, con el fin de que testifique sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se produjeron los hechos que aquí nos ocupan, y en general, para que declare lo que le conste sobre las excepciones planteadas en esta contestación.

El doctor **MONROY**, podrá ser citado en la Carrera 11 # 27 – 27 de la ciudad de Tunja, sede de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**.

VIII.- ANEXOS

8.1. Poder debidamente conferido por **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

8.2. Certificado de existencia y representación legal de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

8.3. Las pruebas referidas en el acápite de documentales adjuntas al correo electrónico, de conformidad con lo establecido en el Decreto 806 de 2020.

IX.- NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Carrera 18 No. 78 – 40, Oficina 702, de Bogotá D.C. Igualmente, solicito y autorizo expresamente la notificación por medios electrónicos a los correos notificaciones@nga.com.co, jdgomez@nga.com.co y mcsuarez@nga.com.co

Atentamente,


JUAN DAVID GÓMEZ PÉREZ
C.C. No. 1.115.067.653 de Buga
T.P. No. 194.687 del C.S. de la J.

PO Mover a Etiquetar como Eliminar Mark as spam Archivar

DER

-RICARDO ALFONSO SAENZ VS. ESE HOSPITAL SAN RAFAEL - LT 28565 - RAD 2019-00042- 00

NJ

NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>

mar, 12 ene 2021 9:33:24 AM -0500 • INBOX

Para "correspondenciajadmtun@cendoj.ramajudicial.gov.co"
Cc "Juan david gomez" <previsora@nga.com.co>,
"JASBLEYM BEJARANO" <jasbleym.bejarano@previsora.gov.co>,
"JOAN SEBASTIAN HERNANDEZ ORDOÑEZ" <joan.hernandez@previsora.gov.co>

Etiquetas Seguridad... TLS Más información

Respetado doctor,

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 806 de 2020, los artículos 73 y siguientes del Código General del proceso y todas aquellas normas concordantes, se le otorga a usted poder en los términos que a continuación se disponen.

Este correo electrónico es enviado por el Representante Legal, Judicial y Extrajudicial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros desde la cuenta de correo electrónico de notificaciones judiciales, tal y como se prueba en los Certificados de Existencia y Representación Legal expedidos por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Cámara de Comercio de Bogotá.

Bogotá D.C.

Señores
JUZGADO ONCE (11) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA
Ciudad
E. S. D.

Referencia: REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: RICARDO ALFONSO SAENZ Y OTROS
Demandado: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
Radicado: 15001 33 33 011 2019-00042- 00

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.014.214.701 de Bogotá D.C., mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., actuando en mi condición de representante legal 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., todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a los doctores JUAN CAMILO NEIRA PINEDA mayor de edad, vecino de Bogotá D.C., donde le expidieron la cédula de ciudadanía 80.166.244, abogado con tarjeta profesional No.168.020 del Consejo Superior de la Judicatura; y, JUAN DAVID GÓMEZ PÉREZ, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.115.067.653 de Buga, con tarjeta profesional número 194.687 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en el proceso de la referencia, se notifiquen y actúen como apoderados judiciales de la Compañía.

Solicito reconocer personería a los mandatarios para los fines de la gestión encomendada en los términos del

@mencione a un usuario o grupo para compartir esta conversación

PO Mover a Etiquetar como Eliminar Mark as spam Archivar

DER

-RICARDO ALFONSO SAENZ VS. ESE HOSPITAL SAN RAFAEL - LT 28565 - RAD 2019-00042- 00

Referencia: REPARACIÓN DIRECTA
 Demandante: RICARDO ALFONSO SAENZ Y OTROS
 Demandado: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
 Radicado: 15001 33 33 011 2019-00042- 00

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.014.214.701 de Bogotá D.C., mayor de edad y vecino de Bogotá D.C., actuando en mi condición de representante legal 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., todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a los doctores **JUAN CAMILO NEIRA PINEDA** mayor de edad, vecino de Bogotá D.C., donde le expidieron la cédula de ciudadanía 80.166.244, abogado con tarjeta profesional No.168.020 del Consejo Superior de la Judicatura; y, **JUAN DAVID GÓMEZ PÉREZ**, mayor de edad y vecino de Bogotá D.C, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.115.067.653 de Buga, con tarjeta profesional número 194.687 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en el proceso de la referencia, se notifiquen y actúen como apoderados judiciales de la Compañía.

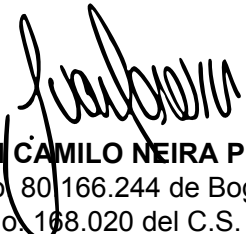
Solicito reconocer personería a los mandatarios para los fines de la gestión encomendada en los términos del Artículo 77 de Código General del Proceso, incluyendo la facultad de sustituir este poder. Las facultades de transigir y desistir están sujetas a la autorización previa de la Vicepresidencia Jurídica y la facultad de conciliar a la decisión que adopte el Comité de Defensa Judicial y Conciliación de la Compañía.

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS recibirá notificaciones electrónicas en el correo notificacionesjudiciales@previsora.gov.co y los suscritos apoderados en el correo notificaciones@nga.com.co; jcneira@nga.com.co; jdgomez@nga.com.co

Atentamente,

JOAN SEBASTIÁN HERNÁNDEZ ORDOÑEZ
 C.C. 1014214701
 Representante Legal.

Acepto,


JUAN CAMILO NEIRA PINEDA
 C.C. No. 80.166.244 de Bogotá D.C.
 T.P. No. 168.020 del C.S. de la J.


JUAN DAVID GÓMEZ PÉREZ
 C.C. No. 1.115.067.653 de Buga
 T.P. No. 194.687 del C.S. de la J.

Revisó: Jasbleym Bejarano

Caso Litisoft: 28565

Fecha: 07-01-2021

2 documentos adjuntos • [Descargar como archivo comprimido](#)

@mencione a un usuario o grupo para compartir esta conversación



REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
1.115.067.653
 NUMERO

GOMEZ PEREZ
 APELLIDOS

JUAN DAVID
 NOMBRES

Juan David Gomez P.
 FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ENE-1988**

BUGA
 (VALLE)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 **A+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO


26-ENE-2006 BUGA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
 REGISTRADORA NACIONAL
 ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ





P-3102200-66146161-M-1115067653-20060327 02626 06086N 02 174173521

307458 REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

194687 Tarjeta No.	13/09/2010 Fecha de Expedición	02/09/2010 Fecha de Grado	
JUAN DAVID GOMEZ PEREZ 1115067653 Cedula	GUNDINAMARCA Consejo Seccional		

EXTERNADO
Universidad


Francisco Escobar Henríquez
Presidente Consejo Superior de la Judicatura



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7375043678886424

Generado el 22 de enero de 2021 a las 14:02:01

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

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

CERTIFICA**RAZÓN SOCIAL: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**

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

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

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

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

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

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente agente directo del Presidente de la República, de su libre nombramiento y remoción y representante legal de la sociedad. - **FUNCIONES Y ATRIBUCIONES.** Son funciones y atribuciones del Presidente de la Compañía a) Formular la política general de la compañía, el modelo integrado de planeación y gestión y los planes y programas, de conformidad con la ley y bajo las directrices de la Junta Directiva b) Orientar y dirigir los planes y programas que debe desarrollar la compañía según su objeto, las directrices de la Asamblea de Accionistas y de la Junta Directiva y las políticas de Gobierno Nacional c) Impartir directrices para la ejecución de las actividades comerciales de la compañía d) Ejercer la representación legal de la compañía e) Constituir mandatarios que representen a la compañía en los asuntos judiciales y extrajudiciales f) Presentar los estados financieros a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva en los plazos y términos señalados en la ley y los Estatutos g) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo con lo señalado en los Estatutos y en las demás normas que regulen la materia h) Proponer a la Junta Directiva los proyectos de organización interna, escalas salariales y planta de personal de los trabajadores oficiales i) Vincular a los trabajadores de la compañía de acuerdo con las leyes laborales y el procedimiento señalado en los Estatutos y demás normas, salvo al Jefe de Control Interno cuya nominación corresponde al Presidente de la República j) Someter a aprobación de la Junta, Directiva el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos de la compañía de acuerdo con lo señalado en la ley y en los Estatutos de la compañía k) Ordenar los gastos con cargo al presupuesto de la compañía, de acuerdo con las normas sobre la materia l) Celebrar los contratos que requiera la compañía para su normal funcionamiento de conformidad con las disposiciones legales vigentes m) Ejercer el control administrativo sobre la ejecución del presupuesto de la compañía n) Conocer y fallar en

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7375043678886424

Generado el 22 de enero de 2021 a las 14:02:01

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

segunda instancia los procesos disciplinarios que se adelanten contra los trabajadores y ex trabajadores de la compañía ñ) Adoptar el Reglamento Interno de Trabajo, los manuales de políticas, procesos y procedimientos y los necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la compañía o) Dirigir la implementación del Sistema de Gestión Integral, garantizar el ejercicio de control interno y supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones p) Delegar previa autorización de la Junta Directiva alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los Vicepresidentes, Secretaria General, Gerentes de Casa Matriz y de Sucursales y/o en otros cargos de manejo y confianza q) Crear los grupos internos de trabajo que se requieran, según las necesidades de la compañía y determinar sus funciones para optimizar el funcionamiento de la Entidad r) Las demás funciones que le señale la ley, los Estatutos, la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, y las demás disposiciones que le sean aplicables. (Escritura Pública No. 0973 del 12 de abril de 2018, Notaría 6ª. De Bogotá D.C.) La Junta Directiva nombrará los vicepresidentes que se estimen necesarios a iniciativa de la Presidencia de la sociedad. Estos funcionarios tendrán en el ejercicio de sus funciones la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. La sociedad tendrá un Secretario General designado por la Junta Directiva a cuyo cargo estará la función de actuar como secretario de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva de la compañía. - El Secretario General tendrá la representación legal de la compañía. (Escritura Pública 2157 del 11 de octubre de 2004 Notaría 22 de Bogotá D.C.). Que además de los órganos de dirección y administración descritos en el artículo 29 de los Estatutos Sociales y de conformidad con lo enunciado en el artículo primero del Decreto 1808 de 2017 LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS cuenta con los siguientes órganos: Secretaría General; seis (6) Vicepresidencias, a saber; Técnica, Comercial, Indemnizaciones, Financiera, Jurídica, y Desarrollo Corporativo; Gerencias de Sucursales; Gerencias de Casa Matriz Subgerencias de Casa Matriz y Sucursal y Oficinas de Casa Matriz (Escritura Pública 1119 del 30 de abril de 2018 Notaría 5 de Bogotá). ARTICULO 59. DE LAS REPRESENTACIONES LEGALES, JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES: La sociedad tendrá los Gerentes de sucursal que estime conveniente su Presidente y que la Junta Directiva apruebe, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía para presentar propuestas en procesos de contratación públicos y privados, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven de estos, participar en procesos de contratación directa, concursos e invitaciones, en el ámbito de su competencia. Ejercerán así mismo la representación legal de la compañía en materia administrativa, financiera jurídica de seguros y comercial, de conformidad con las facultades que le sean delegadas. Los Subgerentes de sucursal serán suplentes de sus correspondientes Gerentes. En aquellas sucursales en las cuales no existe el cargo de Subgerente de sucursal, será designado otro funcionario como suplente del Gerente. De igual manera y de conformidad con lo indicado en el Decreto 1808 de 2017 y la Resolución No. 026 - 17, los siguientes cargos tendrán la representación legal, judicial y/o extrajudicial, así. VICEPRESIDENTE JURIDICO; GERENTE DE PROCESOS JUDICIALES; JEFES DE OFICINAS DE INDEMNIZACIONES (ZONAS CENTRO, NORTE Y OCCIDENTE): Ejercerán la representación legal, judicial y extrajudicial de la compañía en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. GERENTE DE TALENTO HUMANO, SUBGERENTE DE ADMINISTRACION DE PERSONAL: Ejercerán como representante legal de la compañía en asuntos laborales y administrativos cuando se requiera, GERENTE DE INDEMNIZACIONES GENERALES Y PATRIMONIALES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES AUTOMOVILES, GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES: Ejercerán la representación legal, judicial y extrajudicial, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte de la compañía. Así mismo, representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas por siniestros con la facultad de conciliar y transar en los términos autorizados por el comité de Defensa Judicial y Conciliación SUBGERENTE DE RECOBROS Y SALVAMENTOS Representa a la compañía en procesos de recobro judicial y extrajudicial, SUBGERENTE DE LITIGIOS, SUBGERENTE DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ADMNISTRATIVOS Representaran a la sociedad ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo y para los efectos a que hubiere lugar, GERENTE JURIDICO Ejercerá por delegación la representación judicial y extrajudicial de la compañía. (Escritura Pública No. 0973 del 12 de abril de 2018, Notaría 6ª. De Bogotá D.C.)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Hernán Vélez Millán	CC - 6357600	Presidente

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7375043678886424

Generado el 22 de enero de 2021 a las 14:02:01

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Fecha de inicio del cargo: 07/07/2020		
Benjamín Galán Otálora Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018	CC - 80425713	Vicepresidente Financiero
Clara Inés Montoya Ruíz Fecha de inicio del cargo: 27/12/2018	CC - 42897622	Vicepresidente Comercial
Sonia Beatriz Jaramillo Sarmiento Fecha de inicio del cargo: 05/09/2019	CC - 39685533	Secretario General (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2020298204-000 del día 11 de diciembre de 2020, que con documento del 23 de septiembre de 2020 renunció al cargo de Secretario General y fue aceptada por la Junta Directiva en Acta 1137 del 28 de octubre de 2020. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
María Elvira Mac-douall Lombana Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019	CC - 39688259	Vicepresidente Técnica
Gloria Lucia Suarez Duque Fecha de inicio del cargo: 10/10/2020	CC - 52620196	Vicepresidente Jurídico Encargado
José Bernardo Alemán Cabana Fecha de inicio del cargo: 12/10/2018	CC - 79672347	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Centro
Ivan Mauricio Panesso Alvear Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 94400710	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Occidente
Paola Andrea Gómez Mesa Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 52266729	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Automóviles
Adriana Orjuela Martínez Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51981720	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Subgerente de Recobros y Salvamentos
Sandra Patricia Pedroza Velasco Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51995365	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones SOAT, Vida y Accidentes Personales
Edilberto Pineda Granja Fecha de inicio del cargo: 16/07/2020	CC - 79455579	Vicepresidente de Desarrollo Corporativo Encargado



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7375043678886424

Generado el 22 de enero de 2021 a las 14:02:01

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Gloria Lucia Suarez Duque Fecha de inicio del cargo: 30/04/2018	CC - 52620196	Vicepresidente de Indemnizaciones
Gina Patricia Cortes Paez Fecha de inicio del cargo: 11/12/2018	CC - 33703256	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Procesos Judiciales
Leidy Johanna Sandoval Moreno Fecha de inicio del cargo: 11/12/2020	CC - 52962592	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en calidad de Gerente Jurídico
Olga Lucía Murgueitio Bustos Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 52095575	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Generales y Patrimoniales
Luz Mery Naranajo Cárdenas Fecha de inicio del cargo: 20/09/2018	CC - 39544204	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en Calidad de Subgerente de Administración de Personal
Carlos Javier Guillén González Fecha de inicio del cargo: 11/07/2019	CC - 1010181959	Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos
Verónica Tatiana Urrutia Aguirre Fecha de inicio del cargo: 07/01/2021	CC 52333363	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en calidad de Gerente de Talento Humano
Joan Sebastián Hernández Ordoñez Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019	CC - 1014214701	Representante Legal Judicial y Administrativo en Calidad de Subgerente de Litigios

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

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

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

Resolución S.F.C. No 1457 del 30 de agosto de 2011 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. compañía de Seguros para operar los ramos de Seguro Colectivo de Vida y Salud

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




SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7375043678886424

Generado el 22 de enero de 2021 a las 14:02:01

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

**MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL**

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

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



PÓLIZA N°
1005447

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



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 8 MES 4 AÑO 2016	CERTIFICADO DE EXPEDICION	N° CERTIFICADO 0	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO									
TOMADOR 3810-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL			NIT 891.800.231-0											
DIRECCIÓN			TELÉFONO											
ASEGURADO 3810-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL			NIT 891.800.231-0											
DIRECCIÓN KR 11 27 27, TUNJA, BOYACA			TELÉFONO 7422041											
EMITIDO EN TUNJA	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	2304	23	8	4	2016	20	3	2016	00:00	27	3	2017	00:00	372
CARGAR A: HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA						FORMA DE PAGO 6. PAGO 90 DIAS -LIC			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00					

Riesgo: 1 -
KR 11 27 27, TUNJA, BOYACA

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	405,090,635.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	60,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	5,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	250,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	8,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 00	100.000 % NO APLICA

RCP-006-4 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

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	\$***405,090,635.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**64,814,501.60
AJUSTE AL PESO	\$*****0.40
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*469,905,137.00

Somos grandes contribuyentes según resolución no. 012635 del 14 de diciembre de 2018. 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.

21/01/2021 17:43:18

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN			INTERMEDIARIOS					
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				3599	2	FLOR TERESA GIL PINZON	15.00	60,763,595.2



HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1005447 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA
SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

SE EXPIDE RENOVACION POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES SEGUN CONVOCATORIA PUBLICA NO. 10-2016 Y RESOLUCION NO. 068 DE 2016 DE FECHA MARZO 15 DE 2016.VIENE DE LA POLIZA 1004102.

7. SEGURO DE RESPONSABILIDAD MEDICA CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES

7.1 OBJETO DEL SEGURO:

Amparar los perjuicios patrimoniales, morales y extrapatrimoniales, los daños materiales y las lesiones personales que LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA cause con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud, en el desarrollo de sus actividades profesionales por personal médico, paramédico o médico auxiliar, firmas especializadas, cooperativas y uniones temporales, empresas asociativas de trabajo o terceros prestadores del servicio, y personas jurídicas y naturales bajo la supervisión de la ESE Hospital san Rafael de Tunja.

7.2 VALOR ASEGURADO

\$2.000.000.000,00

7.3 COBERTURAS Y CLAUSULAS BÁSICAS:

Este seguro debe cubrir los daños y pérdidas ante terceros:

1. Daños y perjuicios patrimoniales, extra patrimoniales, morales, fisiológico y a la vida de relación, incluyendo lucro cesante y daño emergente. Sublimite en daños morales \$300.000.000 evento/900.000.000 vigencia. Y en los demás daños \$400.000.000 evento/1.200.000.000 vigencia.
2. Daños o perjuicios a terceros y/o pacientes a consecuencia del suministro de los siguientes servicios: Suministro de comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros materiales médicos quirúrgicos o dentales de los pacientes atendidos, o el mal uso de aparatos como rayos X, scanner, láser, electrobisturí y otros equipos médicos y tratamientos con fines de diagnóstico o de terapéutica hasta por el 100% de los perjuicios y gastos demostrados. Responsabilidad Civil Profesional del asegurado por asistencia médica de emergencias a personas en cumplimiento de una obligación legal.
3. Daños ocasionados por la aplicación de anestesia local y /o general o mientras el paciente se encuentra bajo efectos de la misma, siempre y cuando el procedimiento sea realizado por un profesional médico debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de la institución
4. Gastos de defensa en todas las etapas limite \$50.000.000 evento y \$500.000.000 vigencia.
5. Gastos judiciales, peritazgos, conceptos, avalúos. Sublimite \$50.000.000 evento \$200.000.000 vigencia.
6. Gastos Médicos. Sulimite 5.000.000 evento, máximo 10SMMLV por personal y 10% vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurra hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.
7. Responsabilidad civil por suministro de productos (alimentos, medicamentos, insumos en general y medico quirúrgicos).
8. Responsabilidad Civil Profesional medica derivada de la prestación de todos los servicios del Hospital.
9. Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado (PLO), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad
10. Responsabilidad Civil derivada de la posesión o uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o terapia, siempre y cuando estén reconocidos por la ciencia médica.
11. Responsabilidad Civil Profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por el suministro de materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas u aparatos ortopédicos para el respectivo tratamiento y estén debidamente registrados ante la autoridad competente.
12. Responsabilidad Civil Profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por falta de suministro o retardo en suministro de materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas u aparatos ortopédicos para el respectivo tratamiento y estén debidamente registrados ante la autoridad competente.

7.3.1 CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS OBLIGATORIAS

1. Acciones administrativas por reparación directa, nulidad y restablecimiento y contractuales
 2. Actos de autoridad
 3. Ampliación aviso de siniestro 120 días
- Texto Continua en Hojas de Anexos...



HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1005447 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA
SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

4. Arbitramento o cláusula compromisoria.
5. Designación de ajustadores
6. El pago del importe de las primas por fianzas judiciales o caución, que el asegurado deba otorgar en garantía del pago de las sumas que se le reclamen a título de Responsabilidad civil. Hasta por el 10% del valor asegurado evento vigencia.
7. La responsabilidad Civil derivada de la sustitución provisional de aparatos médicos o medicamentos que efectúe un profesional que ejerza la misma especialidad del médico o profesional de la salud tratante.
8. Experticio técnico.
9. Fecha de retroactividad hasta el inicio de vigencia de la primera póliza de Responsabilidad Civil Profesional adquirida por LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA expedida por cualquier compañía de seguros, sin que existan periodos de interrupción.
10. Honorarios profesionales por gastos de abogado.
11. Modificaciones a favor del asegurado.
12. Predios, labores y operaciones incluyendo la Responsabilidad Civil Profesional Médica en que incurra el asegurado, relacionada con la prestación de los servicios de salud.
13. Revocación de la póliza 120 días.

7.4 COBERTURAS Y CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS:

Las coberturas solicitadas a continuación no son de obligatorio ofrecimiento por los oferentes y se otorgará mayor puntaje al oferente que más se aproxime a las mismas.

VII Seguro de Responsabilidad Civil Hospitales 300 PUNTOS

Coberturas Complementarias Puntos

1. Anticipo de indemnización hasta por el 80% sin fallo judicial. SI
 2. Daños materiales o daños personales, derivada de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios del hospital en que se desarrollen las actividades propias. SE EXCLUYE RC PROFESIONAL Y RC DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES SI
 3. Falta Grave, UN VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTIA SI
 4. Gastos judiciales y Gastos de defensa hasta por el 100% de los gastos demostrados. Sublimitado a \$20.000.000 evento y \$500.000.000 vigencia . NO
 5. Actos médicos hasta por el 100% de los gastos demostrados. Y hasta los límites establecidos en la póliza NO
 6. Indemnización de reclamaciones por hechos ocurridos dentro de la vigencia de la póliza pero reclamados en cualquier época, siempre y cuando no haya tenido periodos de interrupción. NO
 7. Pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el asegurado por resolución judicial o arbitral ejecutoriadas. SI
 8. Responsabilidad Civil derivada de transfusiones de sangre. SE EXCLUYE RC PROFESIONAL Y RC DE DIRECTORES Y ADMINISTRADORES SI
 9. Responsabilidades por daños derivados del ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica, como es caso de la cirugía plástica o estética, en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas. NO
 10. Restablecimiento automático del valor asegurado por una sola vez con cobro de prima. NO
 11. Servicios prestados por los funcionarios asignados por la entidad en cualquier lugar del territorio nacional NO
 12. Actos u omisiones cometidos en ejercicio de cada actividad médica por personal médico y auxiliares, paramédico y auxiliares, farmacéutico, laboratorista, de Rayos X, enfermería y auxiliares, nutricionistas, odontólogos y auxiliares, fisioterapeutas y auxiliares y en general todo y cada uno del personal que ejerza actividades al servicio del asegurado bajo cualquier relación laboral, hasta por el 100% de los perjuicios y gastos demostrados SI
 13. Acciones u omisiones de sus empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes derivada de su ejercicio profesional. SI
 14. Periodo de descubrimiento, extensión automática de 12 meses, periodo extendido de reclamación máximos de 2 años durante el cual previa solicitud de la Entidad tomadora, se solicita cobertura a los funcionarios asegurados respecto de actos incorrectos realizados durante la vigencia del seguro, de los cuales se deriven reclamaciones bajo la póliza en la medida en que las misma fueren conocidas y presentadas en el referido lapso de dos años posteriores a la vigencia del seguro, previo aviso y con cobro del 50% del valor de la última prima anual cobrada NO
- Subtotal Puntos

7.5 DEDUCIBLES: VER OFERTA ECONOMICA

SLIP AUTORIZADO PARA LA INVITACION PÚBLICA No. 010 DE 2016, RAMO RC CLINCAS Y HOSPITALES

Texto Continua en Hojas de Anexos...



PREVISORA
SEGUROS

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1005447 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
NIT: 8918002310
DIRECCIÓN: KR 11 CL 27 - 27

ASEGURADOS NOMBRE: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
NIT: 8918002310
DIRECCIÓN: KR 11 CL 27 - 27

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: TUNJA - BOYACA

VIGENCIA: Un año a partir del 20 de marzo de 2016

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 y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

RETROACTIVIDAD: 01 de Septiembre de 2005

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$2.000.000.000 evento / vigencia

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: Sin deducibles
3. Demás amparos: Sin deducibles

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales:
" Para procesos cuya pretensión no supere 50 smmlv gastos de defensa por evento de \$5.000.000
" Para procesos cuya pretensión supere 51 smmlv gastos de defensa por evento de \$8.000.000
" Sublímite por vigencia \$200.000.000
2. Gastos médicos de emergencia, \$5.000.000 por evento y \$60.000.000 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 al \$70.000.000 por evento / \$250.000.000 vigencia y en el agregado anual. Incluye perjuicio moral, perjuicios fisiológicos y daños a la vida de relación, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

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



PREVISORA
SEGUROS

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1005447 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

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

Responsabilidad civil general:

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

EXCLUSIONES

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

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente
- Texto Continua en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 5 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1005447 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

2. 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.
3. 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.
4. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
5. 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.
6. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
7. 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.
8. 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.
9. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
10. 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
11. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
12. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
13. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
14. Prestación de servicios médicos domiciliarios
15. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
16. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
17. Renovación automática.
18. Restablecimiento de la suma asegurada
19. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Revocación de la póliza, 10 días
 2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
 3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 15 días y cobro de prima del 150% de la vigencia anual.
 4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
 - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
 - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
 - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
 - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.
- Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
5. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
 6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
 7. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
 8. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
 9. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
- Texto Continua en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 6 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1005447 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

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

11. La presente oferta comercial tendrá validez de 10 días calendario. En caso de presentarse un evento siniestral o cualquier otra circunstancia que modifique las condiciones del riesgo, la presente oferta quedará sin validez automáticamente.

SUBJETIVIDAD

ACEPTAR EL PLAN DE PREVENCIÓN INTEGRAL DEL RIESGO MÉDICO LEGAL A TRAVES DE UNA FIRMA EXTERNA INDICADA POR PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

OBJETIVO

Diagnosticar el estado del riesgo médico legal de E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, para recomendar acciones médicas, jurídicas y administrativas tendientes a mitigar el riesgo, precaver acciones legales y evitar la pérdida de procesos judiciales, protegiendo a la institución y haciendo viable su asegurabilidad, vinculándola en una estrategia integral e inmediata que incluya la implementación de nuevas prácticas, estructura integral del registro y conciencia de todos los actores en la prevención del riesgo.

FASES

Riesgo Médico Legal
Responsabilidad Civil y Seguros
Charlas y Capacitaciones
Auditoria semestral verificación garantías.

TIEMPO ESTIMADO

60 días y 48 horas por verificación semestral de garantías

RESULTADO

Acoger las garantías necesarias que serán exigidas a la Institución para la inmediata y pertinente mitigación de los riesgos.

PÓLIZA N°
1006056

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



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 25 MES 4 AÑO 2018			CERTIFICADO DE EXPEDICION			N° CERTIFICADO 0			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO	
TOMADOR 3810-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL									NIT 891.800.231-0			TELÉFONO 7422041				
DIRECCIÓN KR 11 27 27, TUNJA, BOYACA																
ASEGURADO 3810-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL									NIT 891.800.231-0			TELÉFONO 7422041				
DIRECCIÓN KR 11 27 27, TUNJA, BOYACA																
EMITIDO EN TUNJA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos					DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESD E AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO	A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00			2304	23	25	4	2018	26	4	2018	00:00	28	4	2019	00:00	367
CARGAR A: HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA									FORMA DE PAGO 6. PAGO 90 DIAS -LIC			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00				

Riesgo: 1 -
KR 11 27 27, TUNJA, BOYACA

Categoria: 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	301,643,835.62
Deducible: 15.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 60.00 SMLLV NINGUNO				
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		200,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		0.00		
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		200,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		0.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMLLV NINGUNO				

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 00	100.000 % NO APLICA

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

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectuó 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 debito.

PRIMA	\$***301,643,835.62
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**57,312,328.77
AJUSTE AL PESO	\$*****-0.39
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*358,956,164.00

Somos Grandes Contribuyentes según resolución no. 012635 del 14 de diciembre de 2018. 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.

25/08/2020 09:23:50

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				3599	2	FLOR TERESA GIL PINZON	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006056 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA
SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

2.9. SEGURO DE RESPONSABILIDAD MEDICA CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES

OBJETO DEL SEGURO:

Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales, los daños materiales y las lesiones personales que LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA cause con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud, en el desarrollo de sus actividades profesionales por personal médico, paramédico o médico auxiliar, firmas especializadas, cooperativas y uniones temporales, estudiantes de la salud, centros de enseñanza de la salud, empresas asociativas de trabajo o terceros prestadores del servicio, y personas jurídicas y naturales bajo la supervisión de la ESE Hospital San Rafael de Tunja.

COBERTURAS Y CLAUSULAS BÁSICAS OBLIGATORIAS:

Los amparos, límites y coberturas que se detallan a continuación se consideran como oferta básica y son de obligatorio ofrecimiento por parte de los oferentes:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA POR: Actos erróneos, negligencia, impericia, acción u omisión, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal médico, odontológico, paramédico, auxiliar, farmacéutico, laboratorista, enfermería o asimilados, que estén vinculados bajo relación laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, y todos por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.

Las siguientes son las coberturas otorgadas:

" Daños y perjuicios patrimoniales derivados de un daño físico o lesión cubierto por la póliza incluyendo lucro cesante y daño emergente hasta el 100% del valor asegurado.

" Perjuicios extra patrimoniales derivados de un daño físico o lesión incluyendo morales, fisiológico y a la vida de relación, sublímite \$150.000.000 evento / \$600.000.000 vigencia.

9. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES MÉDICOS: suministro, prescripción o administración de alimentos y bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervisión directa de este, estén directamente registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestación del servicio.

10. USO DE APARATOS Y/O EQUIPOS Y TRATAMIENTOS DE LA SALUD: la posesión y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnóstico o terapéutica, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

11. Daños y perjuicios patrimoniales, extra patrimoniales, morales, fisiológico y a la vida de relación, incluyendo lucro cesante y daño emergente. Sublímite en daños morales \$150.000.000 evento/\$600.000.000 vigencia.

12. DAÑOS OCASIONADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA LOCAL Y /O GENERAL o mientras el paciente se encuentra bajo efectos de la misma, siempre y cuando el procedimiento sea realizado por un profesional médico debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de la institución.

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

14. GASTOS DE DEFENSA: el asegurador indemnizará al asegurado o directamente a los profesionales que este designe, los gastos de defensa en que incurra, incluyendo las costas, los honorarios de abogados y expensas necesarias, hasta por el valor asegurado, siempre y cuando sean justificados y razonables; y hayan sido causados en la defensa de cualquier procedimiento legal o pleito en su contra derivados de la prestación de servicios de su actividad. Sublímite combinado con el amparo básico para todos los procesos: \$200.000.000 vigencia; de acuerdo a los siguientes sublímite.

Los gastos de defensa se otorgan así:

Gastos de defensa y costos judiciales: mediante esta cobertura se amparan los gastos de pago de honorarios a profesionales del derecho en razón de la representación judicial o extrajudicial, de la entidad, en procesos llevados en su contra derivados de la prestación de servicios de su actividad. Sublímite combinado con el amparo básico para todos los procesos: \$200.000.000 vigencia; de acuerdo a los siguiente sublímite:

Texto Continua en Hojas de Anexos...



HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006056 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA
SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

" Para procesos cuya pretensión no supere los 50 SMMLV \$2.000.000 por evento
" Para procesos cuya pretensión supere 50 51 SMMLV

15. Gastos judiciales, peritazgos, conceptos, avalúos. Sublímite \$50.000.000 evento \$200.000.000 vigencia; el asegurador pagara directamente a solicitud del Hospital, a los profesionales, proveedores o entidades que suministren de estos servicios.

16. GASTOS MÉDICOS. Sublímite 20.000.000 evento, máximo 30SMMLV por personal y 10% vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurra hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

17. PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES 1. la propiedad, uso o posesión de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la caratula de la póliza. 2. las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la caratula de la póliza. 3. la responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados. Por estar ya otorgado en la póliza de responsabilidad civil previos labores y operaciones no se otorga para la presente póliza.

18. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO como consecuencia de los daños causados por falta de suministro o retardo en suministro de materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas u aparatos ortopédicos para el respectivo tratamiento y estén debidamente registrados ante la autoridad competente.

19. LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA SUSTITUCIÓN PROVISIONAL DE APARATOS MÉDICOS o medicamentos que efectúe un profesional que ejerza la misma especialidad del médico o profesional de la salud tratante. Se excluye la RC profesional medica individual.

CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS OBLIGATORIAS

1. Acciones administrativas por reparación directa, nulidad y restablecimiento.

2. Ampliación aviso de siniestro 120 días

3. Designación de Ajustadores de Común Acuerdo: Se contempla bajo esta cláusula que en caso de requerirse de ajustadores para la atención de los siniestros, la designación de los mismos se realizará de común acuerdo entre la aseguradora y el asegurado.

4. El pago del importe de las primas por fianzas judiciales o caución, que el asegurado deba otorgar en garantía del pago de las sumas que se le reclamen a título de Responsabilidad civil médica. Hasta por el 10% del valor asegurado evento vigencia.

5. Retroactividad hasta el inicio de vigencia de la primera póliza de Responsabilidad Civil Profesional adquirida por LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA expedida por cualquier compañía de seguros, sin que existan periodos de interrupción. 01 de septiembre de 2005.

6. Modificaciones a favor del asegurado: Los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza, serán acordados mutuamente entre la compañía y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos debe ser firmado, en señal de aceptación, por el representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de esta póliza. No obstante si durante la vigencia de la póliza se presentan modificaciones en las condiciones del seguro, legalmente aprobadas que representen un beneficio a favor del asegurado, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas.

7. Predios, labores y operaciones incluyendo la Responsabilidad Civil Profesional Médica en que incurra el asegurado, relacionada con la prestación de los servicios de salud. Por estar ya otorgado en la póliza de responsabilidad civil previos labores y operaciones no se otorga para la presente póliza.

8. Revocación de la póliza y/o no renovación y/o no prorroga: El presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. La compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con 180 días de anticipación, y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la Ley 35 de 1993. En caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. De igual manera, la compañía se obliga a avisar su decisión de no renovar o prorrogar éste contrato de seguros con 120 días de anticipación, mediante comunicación escrita dirigida al asegurado. Se otorga con 90 días de anticipación.

DEDUCIBLES:

GASTOS DE DEFENSA, 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS

Texto Continua en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006056 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

GASTOS MEDICOS, SIN DEDUCIBLES

DEMÁS AMPAROS:

Para reclamos desde 0 hasta \$30.000.000 10% del valor de la pérdida, mínimo 6 SMMLV
Para reclamos desde \$30.000.001 hasta \$60.000.000 10% del valor de la pérdida, mínimo 10 SMMLV
Para reclamos desde \$60.000.001 hasta \$100.000.000 10% del valor de la pérdida, mínimo 15 SMMLV
Para reclamos desde \$100.000.001 hasta \$150.000.000 15% del valor de la pérdida, mínimo 30 SMMLV
Para reclamos desde \$150.000.001 en adelante 15% del valor de la pérdida, mínimo 60 SMMLV

Seguro de Responsabilidad Civil Clinica y Hospitales Puntaje Asignado Otorga la Cláusula sin modificación Modifica la cláusula Sublimita la Cláusula

1. Anticipo de indemnización hasta por el 80% sin fallo judicial. 20 No se otorga
2. Daños materiales o daños personales, derivada de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios del hospital en que se desarrollen las actividades propias. 20 No se otorga
3. Falta Grave 20 Se otorga como Culpa Grave
4. Gastos judiciales y Gastos de defensa hasta por el 100% de los gastos demostrados. Sublimitado a \$50.000.000 evento y \$500.000.000 vigencia 20 No se otorga
5. Actos médicos hasta por el 100% de los gastos demostrados. 20 Se otorga Según el sublimite establecido para perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales
7. Pago de los gastos, costas e intereses legales que deba pagar el asegurado por resolución judicial o arbitral ejecutoriadas. 20 No se otorga
8. Responsabilidad Civil derivada de transfusiones de sangre. 20 No se otorga
9. Responsabilidades por daños derivados del ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica, como es caso de la cirugía plástica o estética, en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas. 20 Se otorga Responsabilidades por daños derivados del ejercicio de profesiones médicas con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica, como es caso de la cirugía plástica o estética únicamente en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas. Según el sublimite establecido para perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales
10. Restablecimiento automático del valor asegurado por una sola vez con cobro de prima. 10 No se otorga
11. Servicios prestados por los funcionarios asignados por la entidad en cualquier lugar del territorio nacional 10 No se otorga
12. Actos u omisiones cometidos en ejercicio de cada actividad médica por personal médico y auxiliares, paramédico y auxiliares, farmacéutico, laboratorista, de Rayos X, enfermería y auxiliares, nutricionistas, odontólogos y auxiliares, fisioterapeutas y auxiliares y en general todo y cada uno del personal que ejerza actividades al servicio del asegurado bajo cualquier relación laboral, hasta por el 100% de los perjuicios y gastos demostrados. 20 No se otorga
13. Acciones u omisiones de sus empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes derivada de su ejercicio profesional. 30 No se otorga
14. Periodo de descubrimiento, extensión automática de 24 meses, periodo extendido de reclamación máximos de 2 años durante el cual previa solicitud de la Entidad tomadora, se solicita cobertura a los funcionarios asegurados respecto de actos incorrectos realizados durante la vigencia del seguro, de los cuales se deriven reclamaciones bajo la póliza en la medida en que las mismas fueren conocidas y presentadas en el referido lapso de dos años posteriores a la vigencia del seguro, previo aviso y con cobro del 50% del valor de la última prima anual cobrada 20 Se otorga La extensión de cobertura de 24 meses solo opera cuando la póliza es cancelada, o no renovada por La Previsora, se otorga cobertura con cobro de prima adicional y deberá ser solicitada 30 días antes del vencimiento de la póliza, sin estos requisitos La Previsora no otorgara la extensión
15. Sublimite para daños extra patrimoniales (morales, daño a la vida de relación, etc) 400.000.000 evento, 1.200.000.000 vigencia 30 No se otorga

IDENTIFICACION DEL PAGO


PREVISORA
 SEGUROS

POLIZA No. 1006056

CERTIFICADO No. 0

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

RESPONSABILIDAD CIVIL

Sucursal

TUNJA

Valor Prima

\$301,643,835.62

Valor IVA

\$57,312,328.77

Tomador

3810 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL

F. Pago

24/07/2018

Gastos

§*****0.00

Valor Prima

§*301,643,835.62

Valor IVA

§**57,312,328.77

F. Pago**Gastos****Valor Prima****Valor IVA****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:
 6. PAGO 90 DIAS -LICITACIONES**


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
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL**

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 \$ 358,956,164.39, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	24/07/2018	§*****0.00	§*301,643,835.62	§**57,312,328.77					

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
1006056	RESPONSABILIDAD CIVIL	0	\$ 2,000,000,000.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de TUNJA a los 25 días del mes de ABRIL de 2018

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 N°

1006567

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

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE			N° CERTIFICADO			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P.																														
DÍA	MES	AÑO	EXPEDICION			0									NO																														
27	6	2019	3810-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL									NIT 891.800.231-0																																	
DIRECCIÓN			KR 11 27 27, TUNJA, BOYACA									TELÉFONO 7422041																																	
ASEGURADO			3810-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL									NIT 891.800.231-0																																	
DIRECCIÓN			KR 11 27 27, TUNJA, BOYACA									TELÉFONO 7422041																																	
EMITIDO EN			TUNJA			CENTRO OPER			SUC.			EXPEDICIÓN			VIGENCIA			NÚMERO DE DÍAS																											
MONEDA			Pesos			DÍA			MES			AÑO			DÍA			MES			AÑO			A LAS																					
TIPO CAMBIO			1.00			2304			23			27			6			2019			27			6			2019			00:00			29			4			2020			00:00			307
CARGAR A: HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA									FORMA DE PAGO									VALOR ASEGURADO TOTAL																											
									6. PAGO 90 DIAS -LIC									\$ 2,000,000,000.00																											

Riesgo: 1 -
KR 11 NO. 27-27, TUNJA, BOYACA

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 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	269,150,685.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	400,000,000.00	NO	0.00
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	50,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN R	NIT 8918002310	100.000 % NO APLICA

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

SE EXPIDE POLIZA TENIENDO EN CUENTA EL CONTRATO 394 DE 2019

4.2.9. SEGURO DE RESPONSABILIDAD MEDICA CIVIL CLINICAS Y HOSPITALES

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	\$***269,150,685.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**51,138,630.15
AJUSTE AL PESO	\$*****-0.15
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*320,289,315.00

Somos Grandes Contribuyentes según resolución no. 012635 del 14 de diciembre de 2018. 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.

21/01/2021 17:44:49

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				3599	2	FLOR TERESA GIL PINZON		



PREVISORA
SEGUROS

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006567 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

OBJETO DEL SEGURO:

Amparar los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales (incluyendo daño moral, daño a la salud, daño a la vida de relación, otros daños a bienes o derechos constitucionalmente protegidos), los daños materiales y lucro cesante, derivados de la responsabilidad civil profesional que le sea imputable al asegurado por lesiones personales y/o muerte que se ocasionen a terceros, causados directamente por un servicio médico, paramédico, medico auxiliar, quirúrgico, dental, de enfermería, firmas especializadas, cooperativas, uniones temporales, estudiantes de la salud, centros de enseñanza de la salud, empresas asociativas de trabajo, terceros prestadores del servicio y demás servicios legalmente habilitados para ejercer y prestados dentro de los predios del asegurado legalmente habilitados para ejercer por la ESE Hospital san Rafael de Tunja.

COBERTURAS Y CLAUSULAS BÁSICAS OBLIGATORIAS:

Los amparos, límites y coberturas que se detallan a continuación se consideran como oferta básica y son de obligatorio ofrecimiento por parte de los oferentes:

1. Acciones u omisiones cometidos en el ejercicio de una actividad profesional médica por personal médico, paramédico, medico auxiliar, farmacéutico, o laboratorista, de enfermería y/o asimilados que estén vinculados o presten en servicio en las instalaciones de la Entidad en ejercicio de sus actividades al servicio del mismo

2. Cobertura para el Suministro de Alimentos, Medicamentos y Materiales Médicos: suministro, prescripción o administración de alimentos y bebidas, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos a los pacientes atendidos, que hayan sido elaborados por el asegurado o bajo supervisión directa de este, estén directamente registrados ante la autoridad competente y sean necesarios para el tratamiento y/o prestación del servicio.

3. Condiciones a favor del asegurado

4. Daños Ocasionados por la Aplicación de Anestesia Local y/o General o mientras el paciente se encuentra bajo efectos de la misma, siempre y cuando el procedimiento sea realizado por un profesional médico debidamente habilitado y capacitado para realizarlo y llevado a cabo dentro de la institución.

5. Daños y perjuicios patrimoniales, extra patrimoniales incluyendo: daño moral, daño a la salud, daño a la vida de relación, otros daños a bienes o derechos constitucionalmente protegidos; incluyendo lucro cesante y daño emergente. Sublímite en daños morales \$100.000.000 evento/400.000.000 vigencia.

6. Extensión de la cobertura para la culpa grave

7. Gastos de defensa y costos judiciales: mediante esta cobertura se amparan los gastos de pago de honorarios a profesionales del derecho en razón de la representación judicial o extrajudicial, de la entidad, en procesos llevados en su contra derivados de la prestación de servicios de su actividad. Sublímite combinado con el amparo básico para todos los procesos: \$200.000.000 vigencia; de acuerdo a los siguiente sublímite:

- Para procesos cuya pretensión no supere los 50 SMMLV \$2.000.000 por evento
- Para procesos cuya pretensión supere 50 SMMLV \$5.000.000

8. Gastos judiciales, peritazgos, conceptos, avalúos. Sublímite \$50.000.000 evento \$200.000.000 vigencia; el asegurador pagara directamente a solicitud del Hospital, a los profesionales, proveedores o entidades que suministren de estos servicios

9. Gastos Médicos. Sublímite 20.000.000 evento, máximo 30SMMLV por personal y 10% vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurra hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

10. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición; las cuales en el evento de requerirse, se dará aviso por escrito a la aseguradora, dentro de los treinta días siguientes.

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

Texto Continua en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006567 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

PREVISORA
SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

12. Predios, Labores y Operaciones 1. la propiedad, uso o posesión de los predios en donde el asegurado ejerce y/o desarrolla su actividad profesional de la salud y que aparecen descritos en la caratula de la póliza.
2. las labores u operaciones que lleva a cabo el asegurado en el desarrollo de su actividad profesional de la salud en las instalaciones que aparecen descritas en la caratula de la póliza.
3. la responsabilidad civil extracontractual solidaria que recae sobre el asegurado en forma directa por daños causados por los contratistas y subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados.
13. Responsabilidad civil del empleador: Cubre la muerte o lesiones personales de sus empleados en caso de accidentes cuando usted como empleador no les garantice seguridad para desempeñar su labor. Esta cobertura opera en exceso de la Seguridad Social
14. Responsabilidad Civil Profesional del Asegurado como consecuencia de los daños causados por falta de suministro o retardo en suministro de materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas u aparatos ortopédicos para el respectivo tratamiento y estén debidamente registrados ante la autoridad competente.
15. Responsabilidad Civil Profesional para el Hospital San Rafael de Tunja Por: Actos erróneos, negligencia, impericia, acción u omisión, cometidos de manera involuntaria en el ejercicio de una actividad profesional de la salud por personal médico, odontológico, paramédico, auxiliar, farmacéutico, laboratorista, enfermería o asimilados, que estén vinculados bajo relación laboral con el asegurado mediante contrato y/o convenio especial o autorizados por este para ejercer en sus instalaciones al servicio del mismo, y todos por los cuales sea civilmente responsable el asegurado.
16. Uso de Aparatos y/o Equipos y Tratamientos de la Salud: la posesión y/o el uso de aparatos y/o equipos y tratamientos de la salud con fines de diagnóstico o terapéutica, siempre que dichos aparatos y/o tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

CLAUSULAS COMPLEMENTARIAS OBLIGATORIAS

1. Acciones administrativas por reparación directa, nulidad y restablecimiento.
2. Actos de autoridad competente. La póliza cubre las lesiones o daños causados a terceros directamente como consecuencia de la acción de la autoridad legalmente constituida, ejercida sobre y/o que afecte los intereses del La Entidad
3. Ampliación aviso de siniestro 120 días
4. Designación de Ajustadores de Común Acuerdo: Se contempla bajo esta cláusula que en caso de requerirse de ajustadores para la atención de los siniestros, la designación de los mismos se realizará de común acuerdo entre la aseguradora y el asegurado.
5. 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 la aseguradora 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%.
6. Retroactividad hasta el inicio de vigencia de la primera póliza de Responsabilidad Civil Profesional adquirida por LA
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA expedida por cualquier compañía de seguros, sin que existan periodos de interrupción. 01 de septiembre de 2005.
7. Modificaciones a favor del asegurado: Los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente póliza, serán acordados mutuamente entre la compañía y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos debe ser firmado, en señal de aceptación, por el representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de esta póliza. No obstante si durante la vigencia de la póliza se presentan modificaciones en las condiciones del seguro, legalmente aprobadas que representen un beneficio a favor del asegurado, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas.
8. Predios, labores y operaciones: Cubre la responsabilidad civil en que incurra la clínica u hospital por daños materiales, lesiones personales o muerte, causados a terceros en sus predios.
9. Periodo de descubrimiento, extensión automática de 24 meses, periodo extendido de reclamación máximos de 2 años durante el cual previa solicitud de la Entidad tomadora, se solicita cobertura a los funcionarios asegurados respecto de actos incorrectos realizados durante la vigencia del seguro, de los cuales se deriven reclamaciones bajo la póliza en la medida en que las misma fueren conocidas y presentadas en el referido lapso de dos años posteriores a la vigencia del seguro, previo aviso y con cobro del 100% del valor de la última prima anual cobrada. Operará cuando la póliza no sea renovada o sea revocada.
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

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

RCP-006-005



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 EstrictAMENTE 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

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

RCP-006-005



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.

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

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

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

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

RCP-006-005



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-006-005



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 REGISTRARÁN 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.

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

RCP-006-005



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.

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 PERIODO 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 PERIODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, CONTRATASE OTRA PÓLIZA DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA, SEA CON PREVISORA O CUALQUIER OTRA ASEGURADORA, LA COBERTURA BRINDADA POR DICHO PERIODO 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.

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

RCP-006-005



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.
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/O 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/O 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/O

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

RCP-006-005



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" INTESTINAL, 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.
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.

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

RCP-006-005



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.
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.

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

RCP-006-005



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

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

RCP-006-005



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.

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

RCP-006-005



- 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.

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.

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

RCP-006-005



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:

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

RCP-006-005



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.

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

RCP-006-005



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 reconvención 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.

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

RCP-006-005



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.

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

RCP-006-005



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.

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

RCP-006-005



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 derecho habientes, cuando se descubra que el daño o perjuicio causado al Tercero se debió a conductas dolosas del Asegurado.

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

RCP-006-005



18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

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

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

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

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

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

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

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

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

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES

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

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

RCP-006-005



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.

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.

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

RCP-006-005



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.

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.



PREVISORA
SEGUROS

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1006567 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

10. Revocación de la póliza y/o no renovación y/o no prorroga: El presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. La compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con 180 días de anticipación, y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la Ley 35 de 1993. En caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. De igual manera, la compañía se obliga a avisar su decisión de no renovar o prorrogar éste contrato de seguros con 120 días de anticipación, mediante comunicación escrita dirigida al asegurado.

De conformidad con la información suministrada, se extiende cobertura a las ambulancias de la entidad siempre y cuando sean propiedad del asegurado o se encuentren bajo el cuidado, tenencia y control del asegurado; y se extiende a amparar la responsabilidad civil propia del hospital bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general y en la póliza, por 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 en los vehículos asegurados, 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.

CARGOS ASEGURADOS

IDENTIFICACION DEL PAGO


PREVISORA
 SEGUROS

POLIZA No. 1006567

CERTIFICADO No. 0

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	TUNJA	
Valor Prima	Valor IVA	Tomador
\$269,150,685.00	\$51,138,630.15	3810 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
25/09/2019	\$*****0.00	\$*269,150,685.00	\$**51,138,630.15				

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:
 6. PAGO 90 DIAS -LICITACIONES**


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
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL**

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 \$ 320,289,315.15, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	25/09/2019	\$*****0.00	\$*269,150,685.00	\$**51,138,630.15					

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
1006567	RESPONSABILIDAD CIVIL	0	\$ 2,000,000,000.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de TUNJA a los 27 días del mes de JUNIO de 2019

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