Señores:

JUZGADO TREINTA Y OCHO (38) ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ

E. S. D.

Referencia:	Contestación Demanda y Llamamiento en Garantía.
Radicado:	11001-33-36-038-**2019-00353**-00
Demandante:	Aracely Sánchez Mosquera y Otros.
Demandado:	Hospital Universitario del Valle Evaristo García y Otros.
Llamado en Garantía:	Allianz Seguros S.A.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en el acto como apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS S.A.,** entidad legalmente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., según poder general, amplio y suficiente conferido, mediante la escritura pública No. 5107 del 05 de mayo de 2008, registrada en la notaría 29 de Bogotá, tal como se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali, que se anexa al presente escrito, comedidamente dentro del término legal, acudo ante su despacho, para **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por la señora Aracely Sánchez Mosquera y Otros, así como el **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** promovido por el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA en adelante el Hospital u Hospital Universitario, en los siguientes términos:

I. SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA – CADUCIDAD.

De conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del C.G.P., y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad comedidamente se solicita al despacho proferir sentencia anticipada como quiera que se encuentra acreditada con suficiencia la falta de legitimación en la causa y la prescripción del contrato de seguros del artículo 1081 del C de Co.

La norma aludida del CGP, fija para el juzgador el deber de proferir sentencia anticipada, cuando se encuentre probada entre otras excepciones, como la de prescripción en los siguientes términos:

> ***"Artículo 278. Clases de providencias***
>
> *Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.*
>
> *Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las*

excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.

<u>En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:</u>

1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.

2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.

*3. **Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la <u>caducidad</u>, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa**."*
(Negrilla y subrayado propio).

Dicha regla, guarda una consonancia intrínseca con el artículo 42 del Código General del Proceso, la cual indica dentro de su literalidad:

***"ARTÍCULO 42. DEBERES DEL JUEZ.** Son deberes del juez:*

1. Dirigir el proceso, velar por su rápida solución, presidir las audiencias, adoptar las medidas conducentes para impedir la paralización y dilación del proceso y procurar la mayor economía procesal.
(…)
8. Dictar las providencias dentro de los términos legales, fijar las audiencias y diligencias en la oportunidad legal y asistir a ellas.
(…)
15. Los demás que se consagren en la ley."

En virtud de las disposiciones que regulan en materia de caducidad, obrantes en el artículo 164 del CPACA, se puede concluir que el fenómeno de la caducidad ha operado en este caso, de acuerdo con las consideraciones que se exponen a continuación:

En primer lugar, es preciso recordar la disposición contentiva del fenómeno de la caducidad a efectos de otorgar total claridad en las fechas que se deben tomar para computar su término, que es precisamente el punto neurálgico para decretar la existencia de la misma, que no se tuvo en cuenta para la admisión del medio de control.

Así las cosas, dicha disposición normativa establece que la caducidad, es de dos años, y se cuenta a partir del día siguiente de la ocurrencia del hecho (acción u omisión), o de cuando el

demandante tuvo o debió tener conocimiento de este, cuya expresión literal se trae a colación, así:

> ***"ARTÍCULO 164. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR LA DEMANDA.*** *La demanda deberá ser presentada:*
> *(…)*
> *i) 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 de la acción u omisión*** *causante del daño****, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior*** *y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia. (…)"*
> Negrilla y subrayado propio.

Lo anterior, igualmente ordenado por el artículo 13 del Decreto 806 de 2020, que también por vía de ese Decreto, imparte la sentencia anticipada particularmente en materia contencioso administrativo.

Establecido lo anterior, debe precisarse que tal como se expone por la parte actora en su libelo genitor, la pretensión principal es declarar la responsabilidad administrativa de las entidades demandadas, con motivo de los presuntos perjuicios causados a cada uno de los demandantes por la deficiente atención médica, que terminó causando la amputación del miembro inferior derecho de la señora Aracely Sánchez.

Por lo anterior, tenemos que la ocurrencia del hecho generador de la presunta responsabilidad que se pretende endilgar es la "omisión" en la práctica del examen de Arteriografía para diagnosticar el nivel de la necrosis que se extendió a lo largo de la prestación del servicio médico al ingreso de la paciente desde el 15 de julio de 2017. Tras salidas e ingresos de la paciente, y pese a determinar desde la primera atención la necesidad de la práctica de la arteriografía de miembros inferiores, en todo el tiempo que la paciente permaneció en el Hospital Universitario Evaristo García no se pudo realizar ese examen porque dicha institución no tenía los medios para hacerlo, en razón a ello, desde el ingreso de la paciente se solicitaba su traslado.

Así las cosas, como el daño que alega la parte actora consiste en la amputación del miembro inferior derecho, y teniendo en cuenta que la permanencia de la paciente en el Hospital Universitario se extendió hasta el **17 de agosto de 2017**, fecha en la cual se dio egreso de dicha institución con destino a la Clínica Valle de Lili, será desde este hito temporal el cumplimiento de los preceptos enunciados del artículo 146 del CPACA.

Dicho lo anterior, como quiera que la norma transcrita señala que a partir del día siguiente inicia el cómputo del término de caducidad de la acción de reparación directa, el cual inició su conteo

el **18 de agosto de 2017,** finaliza, o mejor se configura la prescripción 2 años después, ósea el **18 de agosto de 2019**.

Ahora bien, en el plenario se observa que se presentó solicitud de conciliación extrajudicial radicada el **22 de agosto de 2019**, fecha en la cual, respecto del Hospital Universitario del Valle Evaristo García la caducidad ya se había configurado 4 días antes a la presentación de la solicitud.

Sustentando lo anterior, se traen a colación tres documentos que obran en el plenario, que sustentan plenamente el acaecimiento de la caducidad respecto del Hospital Evaristo García:

A. Fecha de la última atención: Frente a este particular, la parte accionante menciona que la paciente es remitida del Hospital Universitario del Valle a la Clínica Valle de Lili el 17 de agosto de 2017, bajo la siguiente redacción del hecho en el líbelo genitor:

> **II.23** El 17/08/2017 (22 días después) a las 2:32:38 es remitida desde el Hospital Universitario Del Valle hacia la clínica Fundación Valle del Lili donde se lee en análisis y consulta: (…) *"clínicamente con isquemia critica del miembro inferior derecho, …, refiriendo que requiere arteriografía urgente pensando en salvamento de la extremidad, …, explico a paciente y familiar estado avanzado de la lesión en el pie con alto riesgo de amputación."* Es evidente el avanzado estado de la lesión por el paso del tiempo. *(Folio 132 del cuaderno principal)*

Documento: *Texto de la demanda. Hecho II.23.*

B. Lo anterior, igualmente se corrobora con las anotaciones de la historia clínica del 17 de agosto de 2017, donde se registró el cese de la atención de la paciente, antes de ser amputada la extremidad:

EGRESO

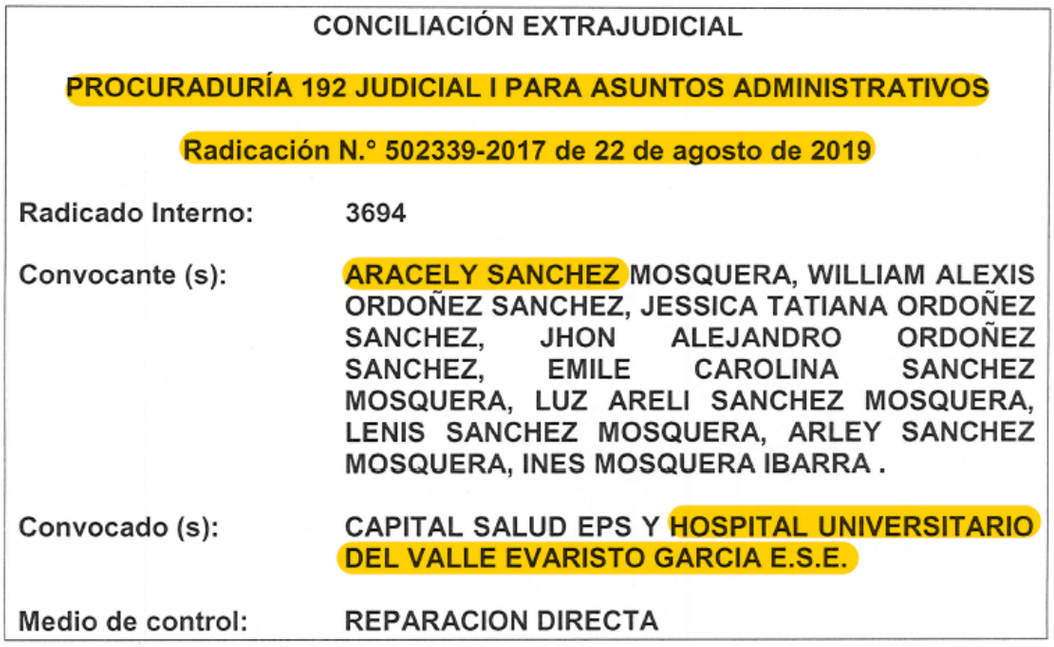
UBICACIÓN: OBSERVACION CIRUGIA, CAMA: OC07, FECHA: 17/08/2017 02:03	
CAUSA DE EGRESO:	REMISION
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	NECROSIS ARTERIAL
FECHA Y HORA DE REMISION:	17/08/2017 02:03
LUGAR:	FUNDACION VALLE DEL LILI
JUSTIFICACIÓN DE REMISIÓN:	PACIENTE CON HISTORIA CLINICA ANOTADA
CONDICIONES GENERALES SALIDA:	PACIENTE ACEPTADA COMO URGENCIA VITAL EN FUNDACION VALLE DEL LILI
PLAN DE MANEJO:	SE CIERRA HISTORIA CLINICA

Documento: *Historia clínica. Aparte página 78.*

En virtud de lo anterior, sin lugar a dudas la atención médica del Hospital Universitario antes de la amputación se extendió hasta el 17 de agosto de 2017.

C. No obstante, con la constancia de no conciliación, se observa que la solicitud se hizo ya cuando había operado el fenómeno de la caducidad respecto del Hospital Universitario,

pues aquella se hizo a los cuatro días posteriores a la configuración de la caducidad, como se evidencia en la siguiente transcripción:



CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL

PROCURADURÍA 192 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS

Radicación N.° 502339-2017 de 22 de agosto de 2019

Radicado Interno:	3694
Convocante (s):	ARACELY SANCHEZ MOSQUERA, WILLIAM ALEXIS ORDOÑEZ SANCHEZ, JESSICA TATIANA ORDOÑEZ SANCHEZ, JHON ALEJANDRO ORDOÑEZ SANCHEZ, EMILE CAROLINA SANCHEZ MOSQUERA, LUZ ARELI SANCHEZ MOSQUERA, LENIS SANCHEZ MOSQUERA, ARLEY SANCHEZ MOSQUERA, INES MOSQUERA IBARRA .
Convocado (s):	CAPITAL SALUD EPS Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
Medio de control:	REPARACION DIRECTA

Documento: Constancia de no acuerdo del 22 de noviembre de 2019.
Transcripción esencial: Radicación N.° 502339-2017 de 22 de agosto de 2019

Conforme lo expuesto, queda totalmente probado el acaecimiento del fenómeno de la caducidad respecto del Hospital Universitario del Valle del Cauca Evaristo García, como quiera que la atención médica, antes de la amputación del miembro inferior derecho se prologó solo hasta el **17 de agosto de 2017**, por lo que inició su cómputo el día siguiente configurándose dos años después, ósea, el **18 de agosto de 2019**. Y solo fue hasta 4 días después de configurada la caducidad que presentó la solicitud de conciliación, es decir, hasta el 22 de agosto de 2019, tal como se ilustró con los apartes incorporados.

Por lo expuesto, el despacho deberá despachar desfavorablemente las pretensiones incoadas en la demanda.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

AL HECHO II.1: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá

acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.2 No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

Sin embargo, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado.

AL HECHO II.3: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

Sin embargo, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado.

AL HECHO II.4: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

Sin embargo, se esgrime que se mencionan entidades distintas al Hospital demandado, y se hacen apreciaciones subjetivas al margen del fundamento de facto que se debe formular en los hechos.

AL HECHO II.5: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.6 y II.7: No es cierto como se formula el hecho, teniendo en cuenta que se compone de actos negligentes ejecutados por la demandante y sus familiares. Debe indicarse

que la atención médica se dio en dos momentos, porque el tratamiento dado al primer ingreso se vio interrumpido por una alta solicitada por el paciente y sus familiares para llevarlo a otro centro asistencial.

Ingreso del 15 de julio de 2017:

En primer lugar, es cierto que la señora Sánchez ingresó al Hospital Universitario porque venía con un cuadro de evolución de dos semanas de necrosis en el pie derecho por cortadura de uña que se empeoró con el tiempo, ingreso que sucedió el 15 de julio de 2019.

Para la atención médica brindada en esa primera oportunidad que ingresó, el estado de la piel afectada por la necrosis quedó documentado en la historia clínica, cuando al brindar los datos de ingreso, la paciente manifestó que para ese momento ya tenía los dedos negros porque presentaba necrosis en el tejido:

Fecha Ingreso	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	
	15	7	2017		13:29

Fecha Egreso	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	
	15	7	2017		20:03

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. de Clasificación:	173680		
Fecha – Hora de Llegada:	15/07/2017 13:29	Fecha – Hora de Atención:	15/07/2017 14:17
Lugar de nacimiento:	ORITO	Barrio de residencia:	SIN BARRIO
Llego en ambulancia:	No		

DATOS CLÍNICOS

MOTIVO DE CONSULTA

" LE DUELE MUCHO EL PIE" PACIENTE QUE INGRESA CON NECROSIS DE DEDOS DEL PIE DERECHO

> Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
> Transcripción parte esencial: ***"MOTIVO DE CONSULTA***
> **"LE DUELE MUCHO EL PIE" PACIENTE QUE INGRESA CON NECROSIS DE DESOS DEL PIE DERECHO*"*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ante la anterior sintomatología debido a la atención oportuna y escalonada se determinó el diagnóstico de ingreso de la paciente de necrosis arterial:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	ESTADO INICIAL	CAUSA EXTERNA
NECROSIS ARTERIAL	I775	Ingreso	ENFERMEDAD GENERAL

> Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
> Transcripción parte esencial: ***"NOMBRE DIAGNÓSTICO***
> **"NECROSIS ARTERIAL"** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se precisa que la paciente ingresa el 15 de julio de 2017 a las 13:29 y es solicitado el egreso del Hospital por voluntad de los familiares a las 14:39, es decir una hora y diez minutos después de haber ingresado, porque les indicaron del Convenio que tiene la EPS de la paciente con el Hospital San Juan de Dios a donde iban a llevar la paciente. La salida del Hospital se materializó a las 15:13 horas, lo que quedó documentado así:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS FECHA: 15/07/2017 14:39

ANÁLISIS

LA FAMILIAR LUZ ARELY SANCHEZ FIRMA ALTA VOLUNTARIA, REFIERE QUE LE DIERON INFORMACION SOBRE CONVENIO CON EL H SAN JUAN DE DIOS A DONDE ACUDIRA

ÓRDENES MÉDICAS EXTERNAS

Salidas

15/07/2017 14:45 Casaalta voluntaria

Firmado por: HAROLD ANTONIO HERNANDEZ TACURI, MEDICINA GENERAL, Reg: 19288203

EGRESO

UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS, FECHA: 15/07/2017 15:13

CAUSA DE EGRESO:	ALTA VOLUNTARIA
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	NECROSIS ARTERIAL
CONDICIONES GENERALES SALIDA:	CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DECIDE FIRMAR ALTA VOLUNTARIA. SE EXPLICA QUE ASUME RESPONDABILIDAD.
PLAN DE MANEJO:	alta voluntaria

> Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
> Transcripción parte esencial: ***"EGRESO (…)***
> ***ALTA VOLUNTARIA* (…)**
> **CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DECIDE FIRMAR ALTA. SE EXPLICA QUE ASUME LA RESPONSABILIDAD"** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Visto lo anterior, no existe manto de duda que el Hospital Universitario a la paciente se le propinó la atención médica que requería, pues al ingresar se identificó la patología de ingreso y se dio manejo con medicamentos, sin embargo, la paciente y sus familiares voluntariamente solicitaron el egreso de la señora Sánchez e interrumpieron la atención que se estaba brindando. Como quedó evidenciado en la historia clínica, lo mismos familiares asumieron el riesgo y responsabilidad de la salida por sus propios medios, aduciendo que la llevarían a otro centro asistencial.

Ingreso del 25 de julio de 2017:

Como se trae del historial clínica, la demandante fue ingresada el 25 de julio de 2017 a las 6:17 de la tarde. Como motivo de consulta manifestó tengo una arteria obstruida paciente quien presenta necrosis de 1, 2 y 3 dedo del pie derecho, refiere que desde hace un mes empezó con la sintomatología:

Fecha Ingreso	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	
	25	7	2017	18:17	

Fecha Egreso	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	
	2	8	2017	12:00	

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. de Clasificación:	174878		
Fecha – Hora de Llegada:	25/07/2017 18:17	Fecha – Hora de Atención:	25/07/2017 18:38
Lugar de nacimiento:	ORITO	Barrio de residencia:	SIN BARRIO
Llego en ambulancia:	No		

DATOS CLÍNICOS

MOTIVO DE CONSULTA

¨TENGO UNA ARTERIA OBSTRUIDA ¨¨ PACieNTE QUieN PRESENTA NECROSIS DE 1,2Y 3 DEDO DE PIE DERECHO , REFieRE QUE DESDE HACE 1 MES EMPEZO coN LA SINTOMATOLOGI A

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial*:* ***"EGRESO (…)***
***ALTA VOLUNTARIA* (…)**
CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DECIDE FIRMAR ALTA.
SE EXPLICA QUE ASUME LA RESPONSABILIDAD*"* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tras identificar las dolencias de la señora Sánchez, los galenos procedieron a suministrar medicamentos como plan de acción. Adicionalmente efectuaron las interconsultas con los especialistas requeridos para el manejo de los signos evidenciados por la paciente. Lo anterior, es muestra de la diligencia y oportunidad con que obraron los galenos y quedó registrada así:

PLAN

DIPIRONA 2,5 G EV CADA 6 H
TRAMADOL 50 MG SC CADA 8 H
VALORACION POR CX GENERAL

Interconsultas

25/07/2017 18:40 Cirugia General
FEMENINO DE 41 AÑOS, NO DIABETES, NO HTA, QCOS POMEROY CC ACTUAL DE UN MES DE EVOLUCION, INICIALMENTE REFIERE LESION EN UÑA DE II DEDO, MAS TARDE ULCERACION Y NECROSIS EN HALLUX, II Y III DEDO. SE QUEJA DE DOLOR INTENSO REFIERE FIEBRE NO CUANTIFICADA, NO ESCALOFRIOS TRAE DOPPLER ARTERIAL DE MID DE JULIO 19 2017 QUE MUESTRA ENFERMEDAD OCLUSIVA FEMOROPOPLITEA
ALTA VOLUNTARIA
25/07/2017 18:40 Cirugia General
FEMENINO DE 41 AÑOS, NO DIABETES, NO HTA,
QCOS POMEROY
CC ACTUAL DE UN MES DE EVOLUCION, INICIALMENTE REFIERE LESION EN UÑA DE II DEDO, MAS TARDE ULCERACION Y NECROSIS EN HALLUX, II Y III DEDO.
SE QUEJA DE DOLOR INTENSO
REFIERE FIEBRE NO CUANTIFICADA, NO ESCALOFRIOS

TRAE DOPPLER ARTERIAL DE MID DE JULIO 19 2017
QUE MUESTRA ENFERMEDAD OCLUSIVA FEMOROPOPLITEA

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial*:* ***"INTERCONSULTAS"*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

El resultado de la interconsulta con la especialidad de cirugía, fue determinante al establecer, incluso con el apoyo del examen Doppler, donde el cirujano halló que no había flujo en la arteria.

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS FECHA: 25/07/2017 20:50

SUBJETIVO

Cirugía General
Aracely Sanchez Mosquera
41 años
Paciente adulta madura con cuadro clínico de aproximadamente 1 mes de dolor en mimebrop inferior derecho, asociado a caída ungueal de 2o dedo, seguido de oscurecimiento de piel del mismo, caida ungueal de allux, tercer y 5o dedo, ahora con oscurecimiento de I, II, mitad medial de III y mitad lateral de V dedo, refiere que consultó hace 1 mes a centro de salud de Putumayo donde dieron manejo sintomático, vuelve a consultar hace 1 semana donde remiten a Bogotá, donde no hubo disponibilidad de cirujano vascular y remiten a nuestra institución para valoración por especialidad. Trae ecografía dopller de miembro inferior derecho que reporta disminución en sentido distal de la velocidad sistólica de arteria femoral común y superficial, obteniendose curva monofásica a nivel de tercio distal de arteria femoral superficial en tercio distal, poplitea y tronco tibio-peroneo, No hay flujo en arteria tibial posterior, anterior y peronea.

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"CIRUGÍA (…)***
Trae ecografía dopler de miembro inferior derecho que reporta disminución en sentido distal de la velocidad sistólica de arteria femoral común y superficial, obteniéndose curva monofásica a nivel de tercio distal de arteria superficial en tercio distal, poplítea y tronco tibio-peroneo. No hay flujo en arteria tibial posterior y peronea." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tras el análisis efectuado por el especialista, desde el ingreso de la paciente, tras haber efectuado la valoración, se explicó al paciente y sus familiares de la altísima probabilidad de que los dedos sean amputados y/o la extremidad:

ANÁLISIS

Paciente de 41 años, con enfermedad arterial oclusiva de miembro inferior derecho, con estudio ecográfico que reporta compromiso desde femoral superficial distal, al examen físico con necrosis de artrejos I, II, III Y V, con pulsos filiformes. Se considera realizar angioTAC aortobifemoral y de miembros inferiores para evaluar compromiso vascular y viabilidad de la extremidad vs nivel de amputación. Se le explica a la paciente y a familiar la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidade, no aceptan pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"ANÁLISIS (…)***
(…) Se explica a la paciente y a la familia la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidad pronóstico, pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Y es que efectivamente, nos encontramos ante un caso en el que la patología de la demandante era muy grave, ya que así fue catalogado por el médico internista, como enfermedad arterioesclerótica grave:

26/07/2017 12:09 Medicina Interna
PACIENTE MUJER JOVEN , CON ENFERMEDAD ARTERIOESCLEROTICA SEVERA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, SE SOLICITA VALORACION POR MED INTERNA POR SOSPECHA SAFO U OTRA ENFERMEDAD DE TEJ. CONECTIVO
Firmado por: MARIO ALAIN HERRERA TOBON, CIRUGIA GENERAL, Reg: 001222/1992

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"Medicina Interna (…)***

PACIENTE MUJER JOVEN, CON ENFERMEDAD ARTERIOESCLERÓTICA SEVERA, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, SE SOLICITA VALORACIÓN POR MED INTERNA POR SOSPECHA SAFO U OTRA ENFERMEDAD DE TEJ. CONECTIVO."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Incluso, quedó documentado en la historia clínica que la enfermedad de la paciente era poco usual. Además, que la señora Sánchez era una paciente difícil de poca colaboración y por la dificultad que generaba se requería de consulta por la especialidad de psiquiatría:

ANÁLISIS

PACIENTE MUY JOVEN CON CUADRO QUE CLINICAMENTE PARECERIA TIPICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA, CON NECROSIS DE ARTEJOS LO CUAL ES MUY RARO INFRECUETE Y POCO POSIBLE, CONSIDERAMOS QUE DEBE EVALUARSE POR MEDICINA INTERNA OTRAS POSIBILIDADES, ADEMAS COMPORTAMENTALMENTE PACIENTE POCO COLABORADORA DEBE SER EVALUIADA< POR PSIQUIATRIA. SE ORDENA ARTERIOGRAFIA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES Y SE REVALORARA CON RESULTADOS.

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"ANÁLISIS (…)***
PACIENTE MUY JOVEN CON CUADRO QUE CLÍNICAMENTE PARECIERA TÍPICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA, CON ***NECROSIS DE ARTEJO LO CUAL ES MUY RARO INFRECUENTE Y POCO POSIBLE****, CONSIDERAMOS QUE DEBE EVALUARSE POR MEDICINA INTERNA OTRAS POSIBILIDADES, ADEMÁS* ***COMPORTAMENTALMENTE PACIENTE POCO COLABORADORA DEBE SER EVALUADA POR PSIQUIATRÍA****.*

ORDENA ARTERIOGRAFÍA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES Y SE REVALORA CON RESULTADOS*."* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

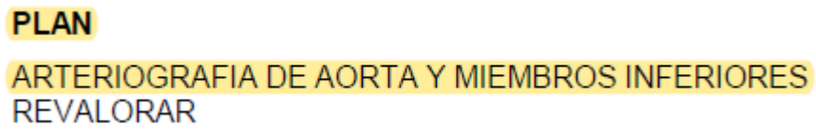
A la paciente le fue diagnosticada una isquemia o infarto en el miembro inferior derecho

TIPO DE EVOLUCIÓN: INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD: CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS
FECHA: 26/07/2017 12:48
SUBJETIVO

CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA
IDX:
1. ISQUEMIA CRITICA DE MIEMBROINFERIOR DERECHO
NECROSIS DE FALANGE DISTAL DE HALUX, TODO EL SEGUNDO ARTEJO Y LA MITAD MEDIAL DEL TERCER ARTEJO.
2. ENFERMEDAD REUMATICA
3. VASCULITIS? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?
4. COAGULOPATIA ? ? ?

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"IDX***
1. ISQUEMIA CRITICA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO (…)*."*
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Después del diagnóstico, se impartió el plan de acción que comprendió como paso a seguir practicar el examen de ARTERIOGRAFÍA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES, tal como se puede verificar en la historia clínica:


PLAN

ARTERIOGRAFIA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES
REVALORAR

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial*:* ***"PLAN***
ARTERIOGRAFIA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES (…)*."*
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Visto lo anterior, el manejo propuesto para determinar el daño del tejido necrosado era la realización de la arteriografía y determinar plan de acción, hasta ese momento. Así mismo, se destaca que la paciente por voluntad propia estuvo 10 días sin atención médica, lo que naturalmente agravó su condición de salud. El Hospital Universitario desplegó todos los medios que tenía a su alcance para brindar el tratamiento pertinente. Hasta ese momento quedó pendiente el examen propuesto.

Finalmente, se debe indicar que, como resultado de la valoración por los médicos especialista en ortopedia, indicaron amputación y manejo de cirugía vascular, tal como se dejó consignado en el análisis de las anotaciones de a la historia cínica del día 28 de julio de 2017.

Adicionalmente, según el plan de manejo impartido solo quedó pendiente el examen de Arteriografía de Miembro Inferiores para lo cual se requería traslado de la paciente, de lo cual no se le puede endilgar al Hospital, en tanto es una gestión exclusiva de la EPS. A partir del 28 de julio de 2017 quedó pendiente el traslado a una institución distinta del Hospital, porque no era posible realizar allí el examen, de manera que en los ingresos posteriores que tuvo la paciente se ingresaba a la institución, pero de forma inmediata se solicitaba la remisión de la misma.

AL HECHO II.8: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

El escrito de la parte accionante es un dechado de manifestaciones y/o afirmaciones carentes de sustento, así como de consideraciones subjetivas que escapan técnicamente y

jurídicamente de la sustentación de facto de las pretensiones. No obstante, lo que es evidente es que no reprocha puntualmente cual es el supuesto error en la atención del paciente. De manera que no es cierto que esté demostrado la no disposición de los recursos. Lo anterior, que en el plenario no obra prueba alguna que permita inferir la existencia de responsabilidad.

AL HECHO II.9: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.10: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.11: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.12: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.13: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.14: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.15: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.16: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

Se precisa que la paciente no salió por indicación médica del Hospital, sino voluntariamente, tal como quedó consignado en la historia clínica.

AL HECHO II.17: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.18: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.19: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi

representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

Sin embargo, es preciso indicar que los demás aspectos aducidos en el hecho no son verdad, por cuanto está demostrados que los galenos adscritos al Hospital Universitario del Valle pese a brindarle la atención adecuada y obrar totalmente diligentes, peritos y oportunos, quedaron supeditados a la realización del examen para poder dar continuidad al trámite propuesto, ya que no se podía realizar en el Hospital Universitario Evaristo García y la EPS debía facilitar el acceso al mismo.

AL HECHO II.20: No es un hecho, es una transcripción de la Historia Clínica. Sin embargo, no le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

Sin embargo, es preciso indicar que los demás aspectos aducidos en el hecho no son verdad, por cuanto está demostrados que los galenos adscritos al Hospital Universitario del Valle pese a brindarle la atención adecuada y obrar totalmente diligentes, peritos y oportunos, quedaron supeditados a la realización del examen para poder dar continuidad al trámite propuesto, ya que no se podía realizar en el Hospital Universitario Evaristo García y la EPS debía facilitar el acceso al mismo.

AL HECHO II.21: No es un hecho, es una transcripción de la Historia Clínica. Sin embargo, no le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

Sin embargo, es preciso indicar que los demás aspectos aducidos en el hecho no son verdad, por cuanto está demostrados que los galenos adscritos al Hospital Universitario del Valle pese a brindarle la atención adecuada y obrar totalmente diligentes, peritos y oportunos, quedaron supeditados a la realización del examen para poder dar continuidad al trámite propuesto, ya que no se podía realizar en el Hospital Universitario Evaristo García y la EPS debía facilitar el acceso al mismo.

AL HECHO II.22: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del

conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

Sin embargo, es preciso indicar que los demás aspectos aducidos en el hecho no son verdad, por cuanto está demostrados que los galenos adscritos al Hospital Universitario del Valle pese a brindarle la atención adecuada y obrar totalmente diligentes, peritos y oportunos, quedaron supeditados a la realización del examen para poder dar continuidad al trámite propuesto, ya que no se podía realizar en el Hospital Universitario Evaristo García y la EPS debía facilitar el acceso al mismo.

AL HECHO II.23: Cierto.

No obstante, ampliando la certeza del hecho se precisa que el traslado de la paciente se hace con ocasión de la necesidad de practicar la Arteriografía que no se podía realizar en el Hospital Universitario del Valle.

Por lo anterior, vale la pena esgrimir también, que pese a brindarle la atención adecuada y obrar totalmente diligentes, peritos y oportunos, quedaron supeditados a la realización del examen para poder dar continuidad al trámite propuesto, ya que no se podía realizar en el Hospital Universitario Evaristo García y la EPS debía facilitar el acceso al mismo.

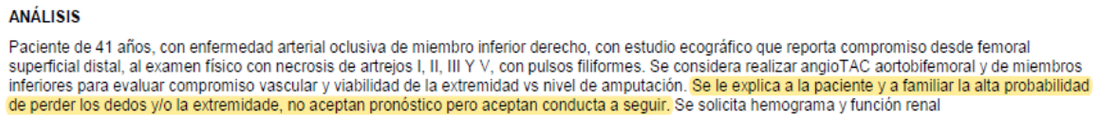
Así mismo, frente a la manifestación contenida en el hecho del avanzado estado del estado de la lesión de la paciente, resulta necesario traer a colación que la paciente tiene responsabilidad sobre eso, teniendo en cuenta que:

A. Desde que la paciente comenzó a evidenciar el amoratamiento de su extremidad, hasta que consultó por el servicio de urgencias del Hospital Universitario del Valle Evaristo García pasaron más de dos semanas.
B. Cuando la paciente ingresó por primera vez el 15 de julio de 2017, salió posteriormente del Hospital Universitario mediante una alta voluntaria, para ir a consultar otro servicio de salud.
C. La paciente volvió a ingresar 10 días después sin haber recibido tratamiento.
D. Posteriormente, nuevamente por voluntad propia el 02 de agosto de 2017 salió nuevamente del Hospital Universitario para hacerse un examen, que finalmente no se hizo.
E. Posteriormente, vuelve a ingresar el 07 de agosto de 2017 sin haberse practicado el examen para el cual había salido 5 días antes. En el ingreso de este día, se dio el manejo que venía brindándose y se quedó a la espera para la realización del examen de

Arteriografía, respecto del cual había que cambiar de institución ya que no era posible realizarlo en esa institución.

F. Siempre se solicitó la remisión de la paciente desde su segundo ingreso, cuando se determinó que era necesario practicar un examen que no se podía realizar en el Hospital Universitario.

G. El riesgo de amputación del paciente, estuvo advertido desde el ingreso de la paciente del 25 de julio de 2017. Así lo indicó el resulta de la interconsulta con la especialidad de Ortopedia, ya que el análisis efectuado por el especialista, tras haber efectuado la valoración, se explicó al paciente y sus familiares de la altísima probabilidad de que los dedos sean amputados y/o la extremidad:



ANÁLISIS

Paciente de 41 años, con enfermedad arterial oclusiva de miembro inferior derecho, con estudio ecográfico que reporta compromiso desde femoral superficial distal, al examen físico con necrosis de artrejos I, II, III Y V, con pulsos filiformes. Se considera realizar angioTAC aortobifemoral y de miembros inferiores para evaluar compromiso vascular y viabilidad de la extremidad vs nivel de amputación. Se le explica a la paciente y a familiar la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidade, no aceptan pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial*:* ***"ANÁLISIS (…)***
(…) Se explica a la paciente y a la familia la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidad pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Por lo anterior, es evidente que el riesgo de amputación de los dedos o extremidad de la paciente, para el momento donde se determinó la necesidad de la arteriografía (25/07/2017 de todas maneras ya existía.

AL HECHO II.24: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

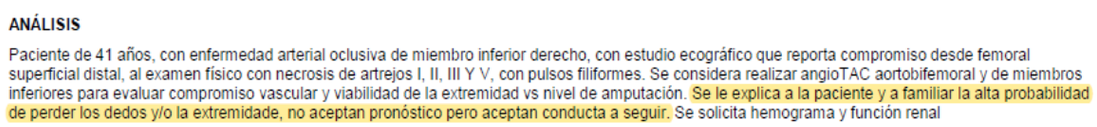
AL HECHO II.25: No es cierto, está totalmente probado con las anotaciones de la historia clínica que los galenos adscritos al Hospital Universitario del Valle del Cauca Evaristo García fueron totalmente diligentes, peritos y oportunos en el suministro del servicio médico que estuvo en sus manos ofrecer.

Ante las reiteradas menciones carentes de sustento, con las cuales pretende atribuir responsabilidad al Hospital Universitario, es preciso reiterar las consideraciones mediante las cuales, de una parte (i) se evidencia que la señora Aracely Sánchez fue negligente con ella misma y permitió el paso del tiempo sin recibir atención médica. Y (ii) los argumentos, que

indudablemente acreditan la diligencia en la prestación del servicio de salud. Debiendo manifestar que:

(i) Actos negligentes de la señora Aracely Sánchez:

A. Desde que la paciente comenzó a evidenciar el amoratamiento de su extremidad, hasta que consultó por el servicio de urgencias del Hospital Universitario del Valle Evaristo García pasaron más de dos semanas.
B. Cuando la paciente ingresó por primera vez el 15 de julio de 2017, salió posteriormente del Hospital Universitario mediante una alta voluntaria, para ir a consultar otro servicio de salud.
C. La paciente volvió a ingresar 10 días después sin haber recibido tratamiento.
D. Posteriormente, nuevamente por voluntad propia el 02 de agosto de 2017 salió nuevamente del Hospital Universitario para hacerse un examen, que finalmente no se hizo.
E. Posteriormente, vuelve a ingresar el 07 de agosto de 2017 sin haberse practicado el examen para el cual había salido 5 días antes. En el ingreso de este día, se dio el manejo que venía brindándose y se quedó a la espera para la realización del examen de Arteriografía, respecto del cual había que cambiar de institución ya que no era posible realizarlo en esa institución.
F. Siempre se solicitó la remisión de la paciente desde su segundo ingreso, cuando se determinó que era necesario practicar un examen que no se podía realizar en el Hospital Universitario.
G. El riesgo de amputación del paciente, estuvo advertido desde el ingreso de la paciente del 25 de julio de 2017. Así lo indicó el resulta de la interconsulta con la especialidad de Ortopedia, ya que el análisis efectuado por el especialista, tras haber efectuado la valoración, se explicó al paciente y sus familiares de la altísima probabilidad de que los dedos sean amputados y/o la extremidad:



ANÁLISIS

Paciente de 41 años, con enfermedad arterial oclusiva de miembro inferior derecho, con estudio ecográfico que reporta compromiso desde femoral superficial distal, al examen físico con necrosis de artrejos I, II, III Y V, con pulsos filiformes. Se considera realizar angioTAC aortobifemoral y de miembros inferiores para evaluar compromiso vascular y viabilidad de la extremidad vs nivel de amputación. Se le explica a la paciente y a familiar la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidade, no aceptan pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"ANÁLISIS (…)***
(…) Se explica a la paciente y a la familia la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidad pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Por lo anterior, es evidente que el riesgo de amputación de los dedos o extremidad de la paciente, para el momento donde se determinó la necesidad de la arteriografía (25/07/2017 de todas maneras ya existía.

(ii) Diligencia en la atención del servicio de salud prestado por el Hospital Universitario Evaristo García:

Ingreso del 25 de julio de 2017:

En primer lugar, la señora Sánchez ingresó al Hospital Universitario porque venía con un cuadro de evolución de dos semanas de necrosis en el pie derecho por cortadura de uña que se empeoró con el tiempo, ingreso que sucedió el 15 de julio de 2019.

Para la atención médica brindada en esa primera oportunidad que ingresó, el estado de la piel afectada por la necrosis quedó documentado en la historia clínica, cuando al brindar los datos de ingreso, la paciente manifestó que para ese momento ya tenía los dedos negros porque presentaba necrosis en el tejido:

Fecha Ingreso	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	
	15	7	2017		13:29

Fecha Egreso	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	
	15	7	2017		20:03

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. de Clasificación:	173680		
Fecha – Hora de Llegada:	15/07/2017 13:29	Fecha – Hora de Atención:	15/07/2017 14:17
Lugar de nacimiento:	ORITO	Barrio de residencia:	SIN BARRIO
Llego en ambulancia:	No		

DATOS CLÍNICOS

MOTIVO DE CONSULTA

" LE DUELE MUCHO EL PIE" PACIENTE QUE INGRESA CON NECROSIS DE DEDOS DEL PIE DERECHO

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial*:* ***"MOTIVO DE CONSULTA***
"LE DUELE MUCHO EL PIE" PACIENTE QUE INGRESA CON NECROSIS DE DESOS DEL PIE DERECHO" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ante la anterior sintomatología debido a la atención oportuna y escalonada se determinó el diagnóstico de ingreso de la paciente de necrosis arterial:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	ESTADO INICIAL	CAUSA EXTERNA
NECROSIS ARTERIAL	I775	Ingreso	ENFERMEDAD GENERAL

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"NOMBRE DIAGNÓSTICO***
"NECROSIS ARTERIAL" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se precisa que la paciente ingresa el 15 de julio de 2017 a las 13:29 y es solicitado el egreso del Hospital por voluntad de los familiares a las 14:39, es decir una hora y diez minutos después de haber ingresado, porque les indicaron del Convenio que tiene la EPS de la paciente con el Hospital San Juan de Dios a donde iban a llevar la paciente. La salida del Hospital se materializó a las 15:13 horas, lo que quedó documentado así:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS FECHA: 15/07/2017 14:39

ANÁLISIS

LA FAMILIAR LUZ ARELY SANCHEZ FIRMA ALTA VOLUNTARIA, REFIERE QUE LE DIERON INFORMACION SOBRE CONVENIO CON EL H SAN JUAN DE DIOS A DONDE ACUDIRA

ÓRDENES MÉDICAS EXTERNAS

Salidas

15/07/2017 14:45 Casaalta voluntaria

Firmado por: HAROLD ANTONIO HERNANDEZ TACURI, MEDICINA GENERAL, Reg: 19288203

EGRESO

UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS, FECHA: 15/07/2017 15:13

CAUSA DE EGRESO:	ALTA VOLUNTARIA
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	NECROSIS ARTERIAL
CONDICIONES GENERALES SALIDA:	CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DECIDE FIRMAR ALTA VOLUNTARIA. SE EXPLICA QUE ASUME RESPONDABILIDAD.
PLAN DE MANEJO:	alta voluntaria

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"EGRESO (…)***
***ALTA VOLUNTARIA* (…)**
CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DECIDE FIRMAR ALTA. SE EXPLICA QUE ASUME LA RESPONSABILIDAD" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Visto lo anterior, no existe manto de duda que el Hospital Universitario a la paciente se le propinó la atención médica que requería, pues al ingresar se identificó la patología de ingreso y se dio manejo con medicamentos, sin embargo, la paciente y sus familiares voluntariamente solicitaron el egreso de la señora Sánchez e interrumpieron la atención que se estaba brindando. Como quedó evidenciado en la historia clínica, lo mismos familiares asumieron el riesgo y responsabilidad de la salida por sus propios medios, aduciendo que la llevarían a otro centro asistencial.

Ingreso del 25 de julio de 2017:

Como se trae del historial clínica, la demandante fue ingresada el 25 de julio de 2017 a las 6:17 de la tarde. Como motivo de consulta manifestó tengo una arteria obstruida paciente quien presenta necrosis de 1, 2 y 3 dedo del pie derecho, refiere que desde hace un mes empezó con la sintomatología:

Fecha Ingreso	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	18:17
	25	7	2017		

Fecha Egreso	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	12:00
	2	8	2017		

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. de Clasificación:	174878		
Fecha – Hora de Llegada:	25/07/2017 18:17	Fecha – Hora de Atención:	25/07/2017 18:38
Lugar de nacimiento:	ORITO	Barrio de residencia:	SIN BARRIO
Llego en ambulancia:	No		

DATOS CLÍNICOS

MOTIVO DE CONSULTA

"TENGO UNA ARTERIA OBSTRUIDA "" PACieNTE QUieN PRESENTA NECROSIS DE 1,2Y 3 DEDO DE PIE DERECHO , REFieRE QUE DESDE HACE 1 MES EMPEZO coN LA SINTOMATOLOGI A

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"EGRESO (…)***
***ALTA VOLUNTARIA* (…)**
CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DECIDE FIRMAR ALTA.
SE EXPLICA QUE ASUME LA RESPONSABILIDAD*"* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tras identificar las dolencias de la señora Sánchez, los galenos procedieron a suministrar medicamentos como plan de acción. Adicionalmente efectuaron las interconsultas con los especialistas requeridos para el manejo de los signos evidenciados por la paciente. Lo anterior, es muestra de la diligencia y oportunidad con que obraron los galenos y quedó registrada así:

PLAN

DIPIRONA 2,5 G EV CADA 6 H
TRAMADOL 50 MG SC CADA 8 H
VALORACION POR CX GENERAL

Interconsultas

25/07/2017 18:40 Cirugia General
FEMENINO DE 41 AÑOS, NO DIABETES, NO HTA, QCOS POMEROY CC ACTUAL DE UN MES DE EVOLUCION, INICIALMENTE REFIERE LESION EN UÑA DE II DEDO, MAS TARDE ULCERACION Y NECROSIS EN HALLUX, II Y III DEDO. SE QUEJA DE DOLOR INTENSO REFIERE FIEBRE NO CUANTIFICADA, NO ESCALOFRIOS TRAE DOPPLER ARTERIAL DE MID DE JULIO 19 2017 QUE MUESTRA ENFERMEDAD OCLUSIVA FEMOROPOPLITEA
ALTA VOLUNTARIA
25/07/2017 18:40 Cirugia General
FEMENINO DE 41 AÑOS, NO DIABETES, NO HTA,
QCOS POMEROY
CC ACTUAL DE UN MES DE EVOLUCION, INICIALMENTE REFIERE LESION EN UÑA DE II DEDO, MAS TARDE ULCERACION Y NECROSIS EN HALLUX, II Y III DEDO.
SE QUEJA DE DOLOR INTENSO
REFIERE FIEBRE NO CUANTIFICADA, NO ESCALOFRIOS

TRAE DOPPLER ARTERIAL DE MID DE JULIO 19 2017
QUE MUESTRA ENFERMEDAD OCLUSIVA FEMOROPOPLITEA

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*

Transcripción parte esencial*:* ***"INTERCONSULTAS"*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

El resultado de la interconsulta con la especialidad de cirugía, fue determinante al establecer, incluso con el apoyo del examen Doppler, donde el cirujano halló que no había flujo en la arteria.

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS FECHA: 25/07/2017 20:50

SUBJETIVO

Cirugía General
Aracely Sanchez Mosquera
41 años
Paciente adulta madura con cuadro clínico de aproximadamente 1 mes de dolor en mimebrop inferior derecho, asociado a caída ungueal de 2o dedo, seguido de oscurecimiento de piel del mismo, caida ungueal de allux, tercer y 5o dedo, ahora con oscurecimiento de I, II, mitad medial de III y mitad lateral de V dedo, refiere que consultó hace 1 mes a centro de salud de Putumayo donde dieron manejo sintomático, vuelve a consultar hace 1 semana donde remiten a Bogotá, donde no hubo disponibilidad de cirujano vascular y remiten a nuestra institución para valoración por especialidad. Trae ecografía dopller de miembro inferior derecho que reporta disminución en sentido distal de la velocidad sistólica de arteria femoral común y superficial, obteniendose curva monofásica a nivel de tercio distal de arteria femoral superficial en tercio distal, poplitea y tronco tibio-peroneo, No hay flujo en arteria tibial posterior, anterior y peronea.

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial*:* ***"CIRUGÍA (…)***
Trae ecografía dopler de miembro inferior derecho que reporta disminución en sentido distal de la velocidad sistólica de arteria femoral común y superficial, obteniéndose curva monofásica a nivel de tercio distal de arteria superficial en tercio distal, poplítea y tronco tibio-peroneo. No hay flujo en arteria tibial posterior y peronea." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tras el análisis efectuado por el especialista, desde el ingreso de la paciente, tras haber efectuado la valoración, se explicó al paciente y sus familiares de la altísima probabilidad de que los dedos sean amputados y/o la extremidad:

ANÁLISIS

Paciente de 41 años, con enfermedad arterial oclusiva de miembro inferior derecho, con estudio ecográfico que reporta compromiso desde femoral superficial distal, al examen físico con necrosis de artrejos I, II, III Y V, con pulsos filiformes. Se considera realizar angioTAC aortobifemoral y de miembros inferiores para evaluar compromiso vascular y viabilidad de la extremidad vs nivel de amputación. Se le explica a la paciente y a familiar la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidade, no aceptan pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial*:* ***"ANÁLISIS (…)***
(…) Se explica a la paciente y a la familia la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidad pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Y es que efectivamente, nos encontramos ante un caso en el que la patología de la demandante era muy grave, ya que así fue catalogado por el médico internista, como enfermedad arterioesclerótica grave:

26/07/2017 12:09 Medicina Interna
PACIENTE MUJER JOVEN , CON ENFERMEDAD ARTERIOESCLEROTICA SEVERA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, SE SOLICITA VALORACION POR MED INTERNA POR SOSPECHA SAFO U OTRA ENFERMEDAD DE TEJ. CONECTIVO
Firmado por: MARIO ALAIN HERRERA TOBON, CIRUGIA GENERAL, Reg: 001222/1992

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"Medicina Interna (…)***
PACIENTE MUJER JOVEN, CON ENFERMEDAD ARTERIOESCLERÓTICA SEVERA, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, SE SOLICITA VALORACIÓN POR MED INTERNA POR SOSPECHA SAFO U OTRA ENFERMEDAD DE TEJ. CONECTIVO."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Incluso, quedó documentado en la historia clínica que la enfermedad de la paciente era poco usual. Además, que la señora Sánchez era una paciente difícil de poca colaboración y por la dificultad que generaba se requería de consulta por la especialidad de psiquiatría:

ANÁLISIS

PACIENTE MUY JOVEN CON CUADRO QUE CLINICAMENTE PARECERIA TIPICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA, CON NECROSIS DE ARTEJOS LO CUAL ES MUY RARO INFRECUETE Y POCO POSIBLE, CONSIDERAMOS QUE DEBE EVALUARSE POR MEDICINA INTERNA OTRAS POSIBILIDADES, ADEMAS COMPORTAMENTALMENTE PACIENTE POCO COLABORADORA DEBE SER EVALUIADA< POR PSIQUIATRIA. SE ORDENA ARTERIOGRAFIA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES Y SE REVALORARA CON RESULTADOS.

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"ANÁLISIS (…)***
PACIENTE MUY JOVEN CON CUADRO QUE CLÍNICAMENTE PARECIERA TÍPICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA, CON ***NECROSIS DE ARTEJO LO CUAL ES MUY RARO INFRECUENTE Y POCO POSIBLE****, CONSIDERAMOS QUE DEBE EVALUARSE POR MEDICINA INTERNA OTRAS POSIBILIDADES, ADEMÁS* ***COMPORTAMENTALMENTE PACIENTE POCO COLABORADORA DEBE SER EVALUADA POR PSIQUIATRÍA****.*

ORDENA ARTERIOGRAFÍA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES Y SE REVALORA CON RESULTADOS*."* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A la paciente le fue diagnosticada una isquemia o infarto en el miembro inferior derecho

TIPO DE EVOLUCIÓN: INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD: CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS
FECHA: 26/07/2017 12:48
SUBJETIVO

CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA
IDX:
1. ISQUEMIA CRITICA DE MIEMBROINFERIOR DERECHO
NECROSIS DE FALANGE DISTAL DE HALUX, TODO EL SEGUNDO ARTEJO Y LA MITAD MEDIAL DEL TERCER ARTEJO.
2. ENFERMEDAD REUMATICA
3. VASCULITIS? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?
4. COAGULOPATIA ? ? ?

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"IDX***

1. ISQUEMIA CRITICA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO (…)."

(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Después del diagnóstico, se impartió el plan de acción que comprendió como paso a seguir practicar el examen de ARTERIOGRAFÍA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES, tal como se puede verificar en la historia clínica:

PLAN

ARTERIOGRAFIA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES
REVALORAR

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"PLAN***
ARTERIOGRAFIA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES (…)."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Visto lo anterior, el manejo propuesto para determinar el daño del tejido necrosado era la realización de la arteriografía y determinar plan de acción, hasta ese momento. Así mismo, se destaca que la paciente por voluntad propia estuvo 10 días sin atención médica, lo que naturalmente agravó su condición de salud. El Hospital Universitario desplegó todos los medios que tenía a su alcance para brindar el tratamiento pertinente. Hasta ese momento quedó pendiente el examen propuesto.

Finalmente, se debe indicar que, como resultado de la valoración por los médicos especialista en ortopedia, indicaron amputación y manejo de cirugía vascular, tal como se dejó consignado en el análisis de las anotaciones de a la historia cínica del día 28 de julio de 2017.

Adicionalmente, según el plan de manejo impartido solo quedó pendiente el examen de Arteriografía de Miembro Inferiores para lo cual se requería traslado de la paciente, de lo cual no se le puede endilgar al Hospital, en tanto es una gestión exclusiva de la EPS. A partir del 28 de julio de 2017 quedó pendiente el traslado a una institución distinta del Hospital, porque no era posible realizar allí el examen, de manera que en los ingresos posteriores que tuvo la paciente se ingresaba a la institución, pero de forma inmediata se solicitaba la remisión de la misma.

AL HECHO II.26: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

Igualmente se destaca que el centro asistencial al cual remitieron al paciente, también estuvo en la misma situación que el Hospital Universitario del Valle Evaristo García de quedar a la espera la realización del examen de Arteriografía. Como se dijo en precedencia, es cuestión de otra entidad la que se encarga de la autorización y obtención del mismo.

AL HECHO II.27: No es un hecho, es una transcripción de la Historia Clínica. Sin embargo, no le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.28: No es un hecho, es una transcripción de la Historia Clínica. Sin embargo, no le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.29: No es un hecho, es una transcripción de la Historia Clínica. Sin embargo, no le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.30: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.31: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.32: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.33: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.34: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO II.34 REPETIDO: No le consta a mi representada los hechos esgrimidos en el presente acápite, por cuanto las situaciones expuestas resultan completamente ajenas a la esfera del conocimiento de Allianz Seguros S.A., por cuanto son aspectos no presenciados por mi representada, y, por lo tanto, ajenos a su conocimiento. Por lo que el accionante deberá acreditar lo indicado por los medios pertinentes y conducentes para tal efecto en virtud del artículo 167 del C.G.P.

PRONUNCIAMIENTO EXPRESO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

Comedidamente, manifiesto señor Juez que **ME OPONGO** a la totalidad de las pretensiones de la demanda y solicito negarlas, teniendo en cuenta las circunstancias que se expondrán a lo largo del presente escrito, confirman que Hospital Universitario del Valle fue totalmente diligente, oportuna y experta. Desarrollaron todas las actuaciones pertinentes y necesarias a la señora Aracely Sánchez, teniendo en cuenta que se ejecutaron todas las actuaciones tendientes a observar el estado de salud de la paciente y determinar el plan de acción y tratamiento requerido ante sus dolencias. Se determinó que, ante la existencia de la necrosis por la obstrucción arterial, era necesario practicar un examen de Arteriografía en miembros inferiores que no se realizó por causas ajenas al Hospital Universitario, puesto que no tenía los medios para efectuar el tratamiento y su consecución quedó a cargo de la EPS. Además, no existe relación causal entre la actuación surtida por el Hospital Universitario del Valle y la

amputación del miembro, puesto que desde la valoración hecha por la especialidad de ortopedia del 25 de julio de 2017 se determinó que era altamente probable que perdiera los dedos o la extremidad por el avanzado estado de la necrosis.

FRENTE A LA PRETENSION 1: Me opongo a la primera pretensión elevada por la parte accionante, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, en tanto no es cierta la responsabilidad que se endilga al Hospital demandado, en especial el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE DEL CAUCA EVARISTO GARCÍA, por cuanto no existe falla en la prestación del servicio, dado que la demostración de la debida diligencia, prudencia y pericia con que obró dicha institución, con apego a la lex artis médica, que enerva cualquier clase de responsabilidad que se pretenda endilgar.

Debe tener en cuenta el despacho, que al Hospital Universitario del Valle solo puede hacerse exigible la correcta prestación del servicio médico dentro de los medios que estén a su alcance.

Resulta muy importante y de suma relevancia para el caso, que desde el ingreso de la paciente a la institución el 25 de julio de 2017 se dejó constancia que la paciente requería de atención médica en una institución, pero el asunto del traslado quedó en manos de la EPS por tratarse de un asunto sometido a su exclusiva gestión. Del Hospital solo era demandable su gestión respecto de la atención médica propinada a la paciente para dar los cuidados paliativos, diagnosticarlo y tratar su enfermedad. Dicho lo anterior, fue lo que se hizo, solo que el examen médico que no podía realizarse en el Hospital Universitario quedó bajo la gestión de la EPS, frente a lo cual no le asiste responsabilidad al centro asistencial indicado.

Finalmente, no puede atribuirse responsabilidad al Hospital Universitario del Valle, en la medida que, no existe relación causal entre la gestión médica prestada con total diligencia y el desenlace de la amputación de la extremidad, como quiera que desde incluso desde el ingreso de la señora Sánchez del 25 de julio de 2017, fue indicado por los especialistas de ortopedia que era muy alta la probabilidad de amputación de los dedos y/o la extremidad. Resultando el desarrollo progresivo de la misma obstrucción de la arteria que trajo consigo la muerte del tejido, por la a actuación negligente de la paciente en el tiempo que resultó sin atención por su propia voluntad, las causas de la amputación.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: Me opongo, en la medida que resulta improcedente cualquier tipo de condena a los sujetos integran la parte demandada, en especialmente del Hospital Universitario del Valle, ya que obró totalmente diligente, perito y oportuno, en virtud a que desplegó las actuaciones pertinentes a obtener el bienestar de la paciente. Sin embargo, el resultado no se pudo obtener, teniendo en cuenta el avanzado estado de la necrosis (muerte del tejido infartado) y el tiempo en que estuvo la paciente sin tratamiento, en tanto desde el ingreso se determinó como de alta posibilidad la amputación por concepto del Ortopedista.

Se recuerda, tal como se acredita en el proceso que el Hospital Universitario del Valle enerva cualquier tipo de responsabilidad que se endilga, como quiera que sus actuaciones documentadas en la historia clínica fueron enteramente diligentes, peritas y necesarias según estaban en sus medios. Así mismo, frente a las otras entidades no se expone con claridad cual es la falla en el servicio que a criterio de la parte accionante genera responsabilidad civil, siendo necesario el cumplimiento de este aspecto procesal por la parte demandante.

FRENTE A LA PRETENSIÓN I., I.1. y I.2, RSPECTO DEL LUCRO CESANTE CONSOLIDADO Y FUTURO:

Me opongo al reconocimiento de este perjuicio como quiera que resulta completamente improcedente de acuerdo a nuestro ordenamiento legal, y su reconocimiento generaría una fuente de enriquecimiento sin causa.

La pretensión del reconocimiento del pago de Lucro Cesante, de igual forma no tiene razón de ser, ya que no se establece por la parte actora, un criterio admisible para la adecuada cuantificación del mismo, por las siguientes razones:

- No se aportó al plenario ninguna prueba de la cual se pueda concluir que la señora ARACELY SÁNCHEZ devengara un salario o que tuviera algún ingreso.

- No hay prueba de la incapacidad.

- No hay prueba de su actividad económica.

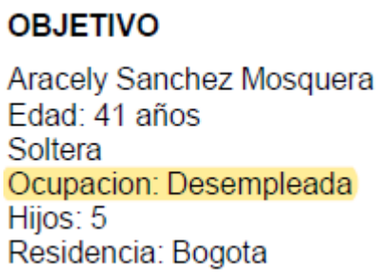
- No hay prueba de la afectación económica y/o los negocios que haya dejado percibir o devengar.

- La presunción del salario mínimo fue desechada en reciente pronunciamiento de la Sección Tercera del Consejo de Estado, del 18 de julio de 2019 en sentencia de unificación de reconocimiento y liquidación de perjuicios materiales por daño emergente y lucro cesante, **en el cual eliminó la presunción del salario mínimo cuando no se soportan por ningún medio probatorio los ingresos que haya dejado de percibir supuestamente la víctima, como ocurre en el presente caso.**

- Para el reconocimiento del daño patrimonial como el de lucro cesante, es inexorable la acreditación de la pérdida económica realmente consolidada que se alega en el proceso para que proceda su reconocimiento, que no se cumple.

Incluso el demandante no podrá valerse de la extinta presunción del salario mínimo en la medida que el Consejo de Estado la desechó del ordenamiento cuando no se soportan por ningún medio probatorio los ingresos que haya dejado de percibir supuestamente la víctima.

Así pues, no resulta procedente la pretensión impetrada, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante consolidado y futuro, toda vez que no hay prueba dentro del expediente de la actividad productiva alguna que le generara ingresos a la señora ARACELY SÁNCHEZ, máxime cuando está acreditado, por ejemplo, en la historia clínica donde se recogen los datos de su ocupación que la señora era desempleada, como se acredita el siguiente aparte de la historia clínica en las anotaciones del 08 de agosto de 2017:


OBJETIVO

Aracely Sanchez Mosquera
Edad: 41 años
Soltera
Ocupacion: Desempleada
Hijos: 5
Residencia: Bogota

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez página 46 de 99.*
Transcripción parte esencial*:* ***"(…) Ocupación: Desempleada (…)."***
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En tal virtud la parte accionante no podrá recibir emolumento alguno por este concepto ya que la afectación patrimonial no fue acreditada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN II. LO QUE EL DEMANDANTE DENOMINA COMO DAÑO A LA SALUD: Me opongo y es completamente improcedente solicitar alguna suma de dinero por este aspecto, teniendo en cuenta que la jurisprudencia reconoce el daño a la salud o fisiológico en un solo concepto, es decir, bajo la denominación de "daño a la salud", al desaparecer cualquier clase de denominación o rótulo adicional como el daño a la vida en relación en virtud de la jurisprudencia del Consejo de Estado.

Como ocurre en el caso anterior de indemnización de los perjuicios morales, el Consejo de Estado ha definido los presupuestos básicos que deben concurrir para determinar la procedencia del reconocimiento de esta clase de perjuicio.

Para el reconocimiento del daño a la salud el Consejo de Estado mediante el Documento Final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2019 por el Consejo de Estado, que estableció los siguientes criterios:

"En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y se complementan los términos de acuerdo con la evolución jurisprudencial de la Sección Tercera.

La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, ***única y exclusivamente para la víctima directa,*** *en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada, conforme a la siguiente tabla:"*

REPARACION DEL DAÑO A LA SALUD REGLA GENERAL	
Gravedad de la lesión	**Víctima directa**
	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10

Extracto: Consejo de Estado, documento final aprobado mediante acta del 28 de agosto de 2014, referente a la reparación de perjuicios inmateriales.

Por lo anterior, resulta necesario advertir que es completamente improcedente el reconocimiento y la cuantificación realizada por el accionante en la medida que no es posible asignar responsabilidad a una institución que buscó brindar la atención perita, pertinente y diligente, máxime que la enfermedad fue generada por la misma paciente y la consecuencia de la amputación fue por el avanzado estado de la necrosis que la paciente traía al momento de suministrarle la atención respectiva.

FRENTE A LA PRETENSIÓN II. LO QUE EL DEMANDANTE DENOMINA COMO DAÑO MORAL:

Así las cosas, **ME OPONGO** al reconocimiento de los perjuicios morales solicitados**,** en la medida que, para contemplar la reparación de un daño moral, se requiere que se haya incurrido en responsabilidad extracontractual por parte de las demandadas especialmente el Hospital Universitario del Valle, pero con claridad absoluta la realidad fáctica del caso permite observar con total contundencia que no existe nexo de causalidad entre la gestión desarrollada por dicha entidad y la amputación de la extremidad de la accionante.

Por el contrario, de gran importancia resulta ser el hecho de que el Hospital Universitario del Valle actuó con la mayor diligencia y celeridad en la atención médica de la paciente, que como se ha dicho está ampliamente fundamentada y demostrada en las anotaciones de la Historia Clínica, que enerva la responsabilidad que se pretende endilgar.

Conforme lo anterior, no es admisible exigir ningún tipo de indemnización ante la inexistencia de la responsabilidad, por no tener causalidad la gestión desempeñada por el Hospital Universitario del Valle con la amputación de la paciente.

Así las cosas, se solicita al despacho negar las pretensiones de la demanda, ya que no existe fundamento para pedir el pago de estas, de acuerdo con la argumentación expuesta en la presente oposición.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3: Me opongo al pago de intereses teniendo en cuenta que no puede quedar en cabeza del Hospital Universitario del Valle y mi representada condena alguna, teniendo en cuenta la ausencia de responsabilidad de dicha institución es el particular, por lo que no será posible obtener una sentencia condenatoria en contra del Hospital Universitario en la que pueda impartirse una orden judicial.

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. **EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.**

Coadyuvo las excepciones propuestas por el Hospital Universitario del Valle Evaristo García en su programa de entidad promotora de salud, sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor, formulo las siguientes:

2. **CADUCIDAD DE LA ACCIÓN – Artículo 164 de la Ley 1437 de 2011:**

En virtud de las disposiciones que regulan en materia de caducidad, obrantes en el artículo 164 del CPACA, se puede concluir que el fenómeno de la caducidad ha operado en este caso, de acuerdo con las consideraciones que se exponen a continuación:

En primer lugar, es preciso recordar la disposición contentiva del fenómeno de la caducidad a efectos de otorgar total claridad en las fechas que se deben tomar para computar su término, que es precisamente el punto neurálgico para decretar la existencia de la misma, que no se tuvo en cuenta para la admisión del medio de control.

Así las cosas, dicha disposición normativa establece que la caducidad, es de dos años, y se cuenta a partir del día siguiente de la ocurrencia del hecho (acción u omisión), o de cuando el

demandante tuvo o debió tener conocimiento de este, cuya expresión literal se trae a colación, así:

> ***"ARTÍCULO 164. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR LA DEMANDA.*** *La demanda deberá ser presentada:*
> *(…)*
> *i) 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 de la acción u omisión*** *causante del daño****, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior*** *y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia. (…)"*
> Negrilla y subrayado propio.

Establecido lo anterior, debe precisarse que tal como se expone por la parte actora en su libelo genitor, la pretensión principal es declarar la responsabilidad administrativa de las entidades demandadas, con motivo de los presuntos perjuicios causados a cada uno de los demandantes por la deficiente atención médica, que terminó causando la amputación del miembro inferior derecho de la señora Aracely Sánchez.

Por lo anterior, tenemos que la ocurrencia del hecho generador de la presunta responsabilidad que se pretende endilgar es la "omisión" en la práctica del examen de Arteriografía para diagnosticar el nivel de la necrosis que se extendió a lo largo de la prestación del servicio médico al ingreso de la paciente desde el 15 de julio de 2017. Tras salidas e ingresos de la paciente, y pese a determinar desde la primera atención la necesidad de la práctica de la arteriografía de miembros inferiores, en todo el tiempo que la paciente permaneció en el Hospital Universitario Evaristo García no se pudo realizar ese examen porque dicha institución no tenía los medios para hacerlo, en razón a ello, desde el ingreso de la paciente se solicitaba su traslado.

Así las cosas, como el daño que alega la parte actora consiste en la amputación del miembro inferior derecho, y teniendo en cuenta que la permanencia de la paciente en el Hospital Universitario se extendió hasta el **17 de agosto de 2017**, fecha en la cual se dio egreso de dicha institución con destino a la Clínica Valle de Lili, será desde este hito temporal el cumplimiento de los preceptos enunciados del artículo 146 del CPACA.

Dicho lo anterior, como quiera que la norma transcrita señala que a partir del día siguiente inicia el cómputo del término de caducidad de la acción de reparación directa, el cual inició su conteo el **18 de agosto de 2017,** finaliza, o mejor se configura la prescripción 2 años después, ósea el **18 de agosto de 2019**.

Ahora bien, en el plenario se observa que se presentó solicitud de conciliación extrajudicial radicada el **22 de agosto de 2019**, fecha en la cual, respecto del Hospital Universitario del Valle Evaristo García la caducidad ya se había configurado 4 días antes a la presentación de la solicitud.

Sustentando lo anterior, se traen a colación tres documentos que obran en el plenario, que sustentan plenamente el acaecimiento de la caducidad respecto del Hospital Evaristo García:

A. Fecha de la última atención: Frente a este particular, la parte accionante menciona que la paciente es remitida del Hospital Universitario del Valle a la Clínica Valle de Lili el 17 de agosto de 2017, bajo la siguiente redacción del hecho en el líbelo genitor:

> **II.23** El 17/08/2017 (22 días después) a las 2:32:38 es remitida desde el Hospital Universitario Del Valle hacia la clínica Fundación Valle del Lili donde se lee en análisis y consulta: (…) *"clínicamente con isquemia critica del miembro inferior derecho, …, refiriendo que requiere arteriografía urgente pensando en salvamento de la extremidad, …, explico a paciente y familiar estado avanzado de la lesión en el pie con alto riesgo de amputación."* Es evidente el avanzado estado de la lesión por el paso del tiempo. *(Folio 132 del cuaderno principal)*

Documento: *Texto de la demanda. Hecho II.23.*

B. Lo anterior, igualmente se corrobora con las anotaciones de la historia clínica del 17 de agosto de 2017, donde se registró el cese de la atención de la paciente, antes de ser amputada la extremidad:

EGRESO

UBICACIÓN: OBSERVACION CIRUGIA, CAMA: OC07, FECHA: 17/08/2017 02:03	
CAUSA DE EGRESO:	REMISION
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	NECROSIS ARTERIAL
FECHA Y HORA DE REMISION:	17/08/2017 02:03
LUGAR:	FUNDACION VALLE DEL LILI
JUSTIFICACIÓN DE REMISIÓN:	PACIENTE CON HISTORIA CLINICA ANOTADA
CONDICIONES GENERALES SALIDA:	PACIENTE ACEPTADA COMO URGENCIA VITAL EN FUNDACION VALLE DEL LILI
PLAN DE MANEJO:	SE CIERRA HISTORIA CLINICA

Documento: *Historia clínica. Aparte página 78.*

En virtud de lo anterior, sin lugar a dudas la atención médica del Hospital Universitario antes de la amputación se extendió hasta el 17 de agosto de 2017.

C. No obstante, con la constancia de no conciliación, se observa que la solicitud se hizo ya cuando había operado el fenómeno de la caducidad respecto del Hospital Universitario, pues aquella se hizo a los cuatro días posteriores a la configuración de la caducidad, como se evidencia en la siguiente transcripción:

CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL	
PROCURADURÍA 192 JUDICIAL I PARA ASUNTOS ADMINISTRATIVOS	
Radicación N.° 502339-2017 de 22 de agosto de 2019	
Radicado Interno:	3694
Convocante (s):	ARACELY SANCHEZ MOSQUERA, WILLIAM ALEXIS ORDOÑEZ SANCHEZ, JESSICA TATIANA ORDOÑEZ SANCHEZ, JHON ALEJANDRO ORDOÑEZ SANCHEZ, EMILE CAROLINA SANCHEZ MOSQUERA, LUZ ARELI SANCHEZ MOSQUERA, LENIS SANCHEZ MOSQUERA, ARLEY SANCHEZ MOSQUERA, INES MOSQUERA IBARRA .
Convocado (s):	CAPITAL SALUD EPS Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
Medio de control:	REPARACION DIRECTA

Documento: Constancia de no acuerdo del 22 de noviembre de 2019.
Transcripción esencial: Radicación N.° 502339-2017 de 22 de agosto de 2019

Conforme lo expuesto, queda totalmente probado el acaecimiento del fenómeno de la caducidad respecto del Hospital Universitario del Valle del Cauca Evaristo García, como quiera que la atención médica, antes de la amputación del miembro inferior derecho se prologó solo hasta el **17 de agosto de 2017**, por lo que inició su cómputo el día siguiente configurándose dos años después, ósea, el **18 de agosto de 2019**. Y solo fue hasta 4 días después de configurada la caducidad que presentó la solicitud de conciliación, es decir, hasta el 22 de agosto de 2019, tal como se ilustró con los apartes incorporados.

Por lo expuesto, el despacho deberá despachar desfavorablemente las pretensiones incoadas en la demanda.

3. **INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA ACTUACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA, ADECUADA Y CUIDADOSA DEL ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE DEL CAUCA EVARISTO GARCÍA:**

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares, reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad médica, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad,

mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

Igualmente, debe decirse que la parte demandante desatiende el régimen probatorio de la falla médica plenamente acreditada, en tanto que, con los documentos adosados a la demanda y el escrito propiamente dicho, no logra establecer algún tipo de falla en la prestación del servicio, en especial del Hospital Universitario del Valle, ya que no logra establecer tres aspectos que *sine qua non* para determinar la responsabilidad que son:

1. La falla.
2. El daño antijuridico.
3. El nexo de causalidad entre la primera y la segunda[1].

Por el contrario, frente a la falta de demostración de los tres aspectos antecitados, es importante resaltar que de la documentación que conforma el expediente se puede observar que el Hospital Universitario se sujetó a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud a la paciente, al concluirse que el hecho por el cual se reclama no obedece a la mala práctica de un procedimiento médico, negligencia en la atención, o cualquier otra circunstancia que pueda derivar en la responsabilidad civil profesional de la institución. Sino de una consecuencia natural generada por la patología de base que padecía la paciente, por padecer de una obstrucción aortica que llegó en un estado avanzado, contando desde su ingreso al HUV con diagnóstico de amputación.

En efecto, como se ha sostenido a lo largo el presente escrito, se tiene que la diligencia y oportunidad con que fue prestada la atención médica en el Hospital Universitario en ningún momento es atacada por la parte demandante con un alegato serio y concluyente y con respaldo médico, que permita inferir que dicha institución médica asegurada haya incurrido en una falla en el procedimiento médico que constituya la causa eficiente de la amputación de la extremidad de la señora Aracely Sánchez.

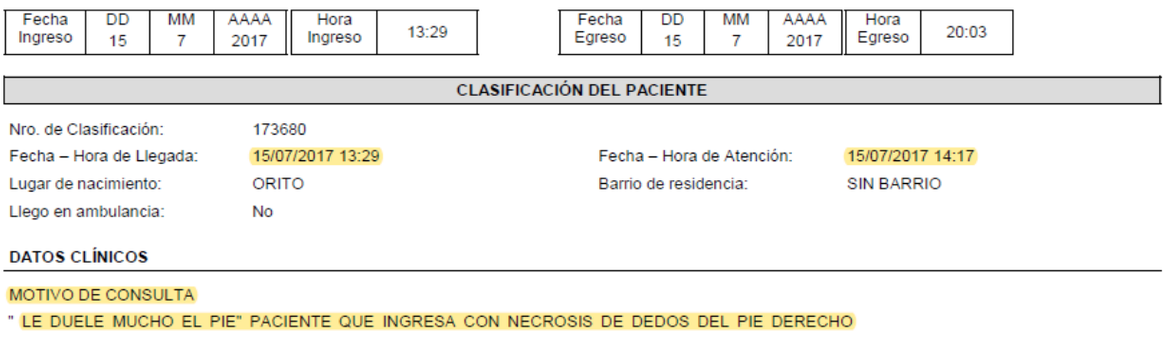
Por lo anterior, es incomprensible la vinculación al presente medio de control del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE DEL CAUCA EVARISTO GARCÍA, cuando se pretende desconocer la prestación profesional del servicio libre de errores o fallas, dado que incluso con las limitaciones intrínsecas del tercer nivel del hospital, se logró atender a la paciente, diagnosticar su enfermedad, suministrar medicamento y con un concepto oportuno y experto, determinar el examen médico que debía practicársele para dar continuidad a la atención médica y asó observar la magnitud de la obstrucción arterial. Igualmente, en la demanda no se ataca

[1] Aspectos señalados en la sentencia Consejo de Estado. Sección Tercera, Sentencia del 11 de febrero de 2009, radicación número 25000232600019940001301 (15.975)

de forma puntual cual sería la falla en la prestación del servicio o la negligencia que comprometa la responsabilidad del Hospital Universitario, lo que genera a todas luces que el demandante incurra en apreciaciones carentes de fundamento o soporte que acrediten su dicho, ya que no cuenta con sustento probatorio dentro del plenario, donde se permita si quiera sospecha alguna mala praxis de la institución llamante en garantía que pueda generar su responsabilidad de cara a la atención médica brindada a la señora ARACELY SÁNCHEZ, máxime que el examen médico estuvo pendiente de ser practicado y autorizado por la EPS. De manera que, el HUV desplegó todas sus actuaciones, recursos, diagnósticos o tratamientos médicos posibles que tuvo disponibles respecto de sus medios y nivel de complejidad.

En vista de lo anterior, se hace imprescindible comprobarle al despacho que la atención prestada por el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE DEL CAUCA EVARISTO GARCÍA fue perfectamente diligente y oportuna, ya que al poco tiempo de ser valorada se dio el tratamiento médico posible requerido de acuerdo a su nivel de complejidad, debiéndose destacar las siguientes actuaciones surtidas por el Hospital para procurar por la salud y recuperación de la señora ARACELY SÁNCHEZ:
En primer lugar, la señora Sánchez ingresó al Hospital Universitario porque venía con un cuadro de evolución de dos semanas de necrosis en el pie derecho por cortadura de uña que se empeoró con el tiempo, ingreso que sucedió el 15 de julio de 2019.

Para la atención médica brindada en esa primera oportunidad que ingresó, el estado de la piel afectada por la necrosis quedó documentado en la historia clínica, cuando al brindar los datos de ingreso, la paciente manifestó que para ese momento ya tenía los dedos negros porque presentaba necrosis en el tejido:



Fecha Ingreso	DD 15	MM 7	AAAA 2017	Hora Ingreso	13:29

Fecha Egreso	DD 15	MM 7	AAAA 2017	Hora Egreso	20:03

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. de Clasificación:	173680		
Fecha – Hora de Llegada:	15/07/2017 13:29	Fecha – Hora de Atención:	15/07/2017 14:17
Lugar de nacimiento:	ORITO	Barrio de residencia:	SIN BARRIO
Llego en ambulancia:	No		

DATOS CLÍNICOS

MOTIVO DE CONSULTA
" LE DUELE MUCHO EL PIE" PACIENTE QUE INGRESA CON NECROSIS DE DEDOS DEL PIE DERECHO

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"MOTIVO DE CONSULTA***
"LE DUELE MUCHO EL PIE" PACIENTE QUE INGRESA CON NECROSIS DE DESOS DEL PIE DERECHO*"* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ante la anterior sintomatología debido a la atención oportuna y escalonada se determinó el diagnóstico de ingreso de la paciente de necrosis arterial:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO

NOMBRE DIAGNÓSTICO	CÓDIGO DX	ESTADO INICIAL	CAUSA EXTERNA
NECROSIS ARTERIAL	I775	Ingreso	ENFERMEDAD GENERAL

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"NOMBRE DIAGNÓSTICO***
"NECROSIS ARTERIAL" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se precisa que la paciente ingresa el 15 de julio de 2017 a las 13:29 y es solicitado el egreso del Hospital por voluntad de los familiares a las 14:39, es decir una hora y diez minutos después de haber ingresado, porque les indicaron del Convenio que tiene la EPS de la paciente con el Hospital San Juan de Dios a donde iban a llevar la paciente. La salida del Hospital se materializó a las 15:13 horas, lo que quedó documentado así:

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS FECHA: 15/07/2017 14:39

ANÁLISIS

LA FAMILIAR LUZ ARELY SANCHEZ FIRMA ALTA VOLUNTARIA, REFIERE QUE LE DIERON INFORMACION SOBRE CONVENIO CON EL H SAN JUAN DE DIOS A DONDE ACUDIRA

ÓRDENES MÉDICAS EXTERNAS

Salidas

15/07/2017 14:45 Casaalta voluntaria

Firmado por: HAROLD ANTONIO HERNANDEZ TACURI, MEDICINA GENERAL, Reg: 19288203

EGRESO

UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS, FECHA: 15/07/2017 15:13

CAUSA DE EGRESO:	ALTA VOLUNTARIA
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:	NECROSIS ARTERIAL
CONDICIONES GENERALES SALIDA:	CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DECIDE FIRMAR ALTA VOLUNTARIA. SE EXPLICA QUE ASUME RESPONDABILIDAD.
PLAN DE MANEJO:	alta voluntaria

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"EGRESO (…)***
***ALTA VOLUNTARIA* (…)**
CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DECIDE FIRMAR ALTA. SE EXPLICA QUE ASUME LA RESPONSABILIDAD" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Visto lo anterior, no existe manto de duda que el Hospital Universitario a la paciente se le propinó la atención médica que requería, pues al ingresar se identificó la patología de ingreso y se dio manejo con medicamentos, sin embargo, la paciente y sus familiares voluntariamente solicitaron el egreso de la señora Sánchez e interrumpieron la atención que se estaba brindando. Como quedó evidenciado en la historia clínica, lo mismos familiares asumieron el riesgo y

responsabilidad de la salida por sus propios medios, aduciendo que la llevarían a otro centro asistencial.

Ingreso del 25 de julio de 2017:

Como se trae del historial clínica, la demandante fue ingresada el 25 de julio de 2017 a las 6:17 de la tarde. Como motivo de consulta manifestó tengo una arteria obstruida paciente quien presenta necrosis de 1, 2 y 3 dedo del pie derecho, refiere que desde hace un mes empezó con la sintomatología:

Fecha Ingreso	DD	MM	AAAA	Hora Ingreso	18:17
	25	7	2017		

Fecha Egreso	DD	MM	AAAA	Hora Egreso	12:00
	2	8	2017		

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nro. de Clasificación:	174878		
Fecha – Hora de Llegada:	25/07/2017 18:17	Fecha – Hora de Atención:	25/07/2017 18:38
Lugar de nacimiento:	ORITO	Barrio de residencia:	SIN BARRIO
Llego en ambulancia:	No		

DATOS CLÍNICOS

MOTIVO DE CONSULTA

"TENGO UNA ARTERIA OBSTRUIDA "" PACieNTE QUieN PRESENTA NECROSIS DE 1,2Y 3 DEDO DE PIE DERECHO , REFieRE QUE DESDE HACE 1 MES EMPEZO coN LA SINTOMATOLOGI A

> Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
> Transcripción parte esencial*:* ***"EGRESO (…)***
> ***ALTA VOLUNTARIA* (…)**
> **CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DECIDE FIRMAR ALTA.**
> **SE EXPLICA QUE ASUME LA RESPONSABILIDAD"** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tras identificar las dolencias de la señora Sánchez, los galenos procedieron a suministrar medicamentos como plan de acción. Adicionalmente efectuaron las interconsultas con los especialistas requeridos para el manejo de los signos evidenciados por la paciente. Lo anterior, es muestra de la diligencia y oportunidad con que obraron los galenos y quedó registrada así:

PLAN

DIPIRONA 2,5 G EV CADA 6 H
TRAMADOL 50 MG SC CADA 8 H
VALORACION POR CX GENERAL

Interconsultas

25/07/2017 18:40 Cirugia General
FEMENINO DE 41 AÑOS, NO DIABETES, NO HTA, QCOS POMEROY CC ACTUAL DE UN MES DE EVOLUCION, INICIALMENTE REFIERE LESION EN UÑA DE II DEDO, MAS TARDE ULCERACION Y NECROSIS EN HALLUX, II Y III DEDO. SE QUEJA DE DOLOR INTENSO REFIERE FIEBRE NO CUANTIFICADA, NO ESCALOFRIOS TRAE DOPPLER ARTERIAL DE MID DE JULIO 19 2017 QUE MUESTRA ENFERMEDAD OCLUSIVA FEMOROPOPLITEA
ALTA VOLUNTARIA
25/07/2017 18:40 Cirugia General
FEMENINO DE 41 AÑOS, NO DIABETES, NO HTA,
QCOS POMEROY
CC ACTUAL DE UN MES DE EVOLUCION, INICIALMENTE REFIERE LESION EN UÑA DE II DEDO, MAS TARDE ULCERACION Y NECROSIS EN HALLUX, II Y III DEDO.
SE QUEJA DE DOLOR INTENSO
REFIERE FIEBRE NO CUANTIFICADA, NO ESCALOFRIOS

TRAE DOPPLER ARTERIAL DE MID DE JULIO 19 2017
QUE MUESTRA ENFERMEDAD OCLUSIVA FEMOROPOPLITEA

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"INTERCONSULTAS"*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

El resultado de la interconsulta con la especialidad de cirugía, fue determinante al establecer, incluso con el apoyo del examen Doppler, donde el cirujano halló que no había flujo en la arteria.

TIPO DE EVOLUCIÓN: EVOLUCION MEDICA ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS FECHA: 25/07/2017 20:50
SUBJETIVO

Cirugía General
Aracely Sanchez Mosquera
41 años
Paciente adulta madura con cuadro clínico de aproximadamente 1 mes de dolor en mimebrop inferior derecho, asociado a caída ungueal de 2o dedo, seguido de oscurecimiento de piel del mismo, caida ungueal de allux, tercer y 5o dedo, ahora con oscurecimiento de I, II, mitad medial de III y mitad lateral de V dedo, refiere que consultó hace 1 mes a centro de salud de Putumayo donde dieron manejo sintomático, vuelve a consultar hace 1 semana donde remiten a Bogotá, donde no hubo disponibilidad de cirujano vascular y remiten a nuestra institución para valoración por especialidad. Trae ecografía dopller de miembro inferior derecho que reporta disminución en sentido distal de la velocidad sistólica de arteria femoral común y superficial, obteniendose curva monofásica a nivel de tercio distal de arteria femoral superficial en tercio distal, poplitea y tronco tibio-peroneo. No hay flujo en arteria tibial posterior, anterior y peronea.

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"CIRUGÍA (…)***
Trae ecografía dopler de miembro inferior derecho que reporta disminución en sentido distal de la velocidad sistólica de arteria femoral común y superficial, obteniéndose curva monofásica a nivel de tercio distal de arteria superficial en tercio distal, poplítea y tronco tibio-peroneo. No hay flujo en arteria tibial posterior y peronea." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Tras el análisis efectuado por el especialista, desde el ingreso de la paciente, tras haber efectuado la valoración, se explicó al paciente y sus familiares de la altísima probabilidad de que los dedos sean amputados y/o la extremidad:

ANÁLISIS

Paciente de 41 años, con enfermedad arterial oclusiva de miembro inferior derecho, con estudio ecográfico que reporta compromiso desde femoral superficial distal, al examen físico con necrosis de artrejos I, II, III Y V, con pulsos filiformes. Se considera realizar angioTAC aortobifemoral y de miembros inferiores para evaluar compromiso vascular y viabilidad de la extremidad vs nivel de amputación. Se le explica a la paciente y a familiar la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidade, no aceptan pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"ANÁLISIS (…)***
(…) Se explica a la paciente y a la familia la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidad pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Y es que efectivamente, nos encontramos ante un caso en el que la patología de la demandante era muy grave, ya que así fue catalogado por el médico internista, como enfermedad arterioesclerótica grave:

26/07/2017 12:09 Medicina Interna
PACIENTE MUJER JOVEN , CON ENFERMEDAD ARTERIOESCLEROTICA SEVERA, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS, SE SOLICITA VALORACION POR MED INTERNA POR SOSPECHA SAFO U OTRA ENFERMEDAD DE TEJ. CONECTIVO
Firmado por: MARIO ALAIN HERRERA TOBON, CIRUGIA GENERAL, Reg: 001222/1992

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"Medicina Interna (…)***
PACIENTE MUJER JOVEN, CON ENFERMEDAD ARTERIOESCLERÓTICA SEVERA, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, SE SOLICITA VALORACIÓN POR MED INTERNA POR SOSPECHA SAFO U OTRA ENFERMEDAD DE TEJ. CONECTIVO."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Incluso, quedó documentado en la historia clínica que la enfermedad de la paciente era poco usual. Además, que la señora Sánchez era una paciente difícil de poca colaboración y por la dificultad que generaba se requería de consulta por la especialidad de psiquiatría:

ANÁLISIS

PACIENTE MUY JOVEN CON CUADRO QUE CLINICAMENTE PARECERIA TIPICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA, CON NECROSIS DE ARTEJOS LO CUAL ES MUY RARO INFRECUETE Y POCO POSIBLE, CONSIDERAMOS QUE DEBE EVALUARSE POR MEDICINA INTERNA OTRAS POSIBILIDADES, ADEMAS COMPORTAMENTALMENTE PACIENTE POCO COLABORADORA DEBE SER EVALUIADA< POR PSIQUIATRIA. SE ORDENA ARTERIOGRAFIA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES Y SE REVALORARA CON RESULTADOS.

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"ANÁLISIS (…)***
PACIENTE MUY JOVEN CON CUADRO QUE CLÍNICAMENTE PARECIERA TÍPICO DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA, CON ***NECROSIS DE ARTEJO LO CUAL ES MUY RARO INFRECUENTE Y POCO POSIBLE****, CONSIDERAMOS QUE DEBE EVALUARSE POR MEDICINA INTERNA OTRAS POSIBILIDADES, ADEMÁS* ***COMPORTAMENTALMENTE PACIENTE POCO COLABORADORA DEBE SER EVALUADA POR PSIQUIATRÍA****.*

ORDENA ARTERIOGRAFÍA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES Y SE REVALORA CON RESULTADOS*."* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A la paciente le fue diagnosticada una isquemia o infarto en el miembro inferior derecho

TIPO DE EVOLUCIÓN: INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIDAD: CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA UBICACIÓN: CONSULTORIOS URGENCIAS
FECHA: 26/07/2017 12:48
SUBJETIVO

CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA
IDX:
1. ISQUEMIA CRITICA DE MIEMBROINFERIOR DERECHO
NECROSIS DE FALANGE DISTAL DE HALUX, TODO EL SEGUNDO ARTEJO Y LA MITAD MEDIAL DEL TERCER ARTEJO.
2. ENFERMEDAD REUMATICA
3. VASCULITIS? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?
4. COAGULOPATIA ? ? ?

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*

Transcripción parte esencial: ***"IDX***
1. ISQUEMIA CRITICA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO (…)."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Después del diagnóstico, se impartió el plan de acción que comprendió como paso a seguir practicar el examen de ARTERIOGRAFÍA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES, tal como se puede verificar en la historia clínica:

PLAN

ARTERIOGRAFIA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES
REVALORAR

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial: ***"PLAN***
ARTERIOGRAFIA DE AORTA Y MIEMBROS INFERIORES (…)."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Visto lo anterior, el manejo propuesto para determinar el daño del tejido necrosado era la realización de la arteriografía y determinar plan de acción, hasta ese momento. Así mismo, se destaca que la paciente por voluntad propia estuvo 10 días sin atención médica, lo que naturalmente agravó su condición de salud. El Hospital Universitario desplegó todos los medios que tenía a su alcance para brindar el tratamiento pertinente. Hasta ese momento quedó pendiente el examen propuesto.

Finalmente, se debe indicar que, como resultado de la valoración por los médicos especialista en ortopedia, indicaron amputación y manejo de cirugía vascular, tal como se dejó consignado en el análisis de las anotaciones de a la historia cínica del día 28 de julio de 2017.

Adicionalmente, según el plan de manejo impartido solo quedó pendiente el examen de Arteriografía de Miembro Inferiores para lo cual se requería traslado de la paciente, de lo cual no se le puede endilgar al Hospital, en tanto es una gestión exclusiva de la EPS. A partir del 28 de julio de 2017 quedó pendiente el traslado a una institución distinta del Hospital, porque no era posible realizar allí el examen, de manera que en los ingresos posteriores que tuvo la paciente se ingresaba a la institución, pero de forma inmediata se solicitaba la remisión de la misma.

Posteriormente, la paciente egresa por voluntad propia el 02 de agosto de 2017 y vuelve a ingresar el 07 de agosto de 2017, pero de acuerdo a los antecedentes, el manejo propuesto ya estaba dado para que se realizara la ARTERIOGRAFÍA que no podía realizarse en el Hospital Universitario del Valle del Cauca y el traslado siguió en manos de la EPS de la paciente.

Por lo expuesto, se observa de forma clara que la obligación catalogada como de medios por nuestro ordenamiento legal se cumplió a cabalidad y que el lamentable desenlace de la amputación de la extremidad se presentó por una causa distinta y completamente ajena a la gestión realizada por la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE DEL CAUCA EVARISTO GARCÍA.

Asi entonces, resulta claro que la entidad prestadora del servicio de salud siguió todos los protocolos existentes para atender de una forma satisfactoria del cuadro clínico que presentaba la paciente, y en esa medida, es claro que su actuación se apegó a los más altos estándares de la diligencia y cuidado médico. Así mismo, el hecho de no darse continuidad al tratamiento se dio por causas ajenas a la voluntad del Hospital, en la medida que no es el encargado de efectuar el traslado de los pacientes.

De manera tal, es evidente que la prestación del servicio médico por parte del Hospital Universitario, conforme a sus condiciones médicas, de infraestructura y administrativas de tercer nivel de complejidad, siempre estuvo sujeto a los más altos estándares médicos, a la guía de práctica clínica aplicable, a los mandatos de la comunidad científica, a la lex artis. Es por ello, que el cuerpo médico adscrito siempre desplegó de manera oportuna las actuaciones y recursos médicos que fueron necesarios, posibles y requeridos por la paciente, que pudo facilitar ante las limitaciones que acarreaba la complejidad de la patología que le conllevó a la amputación, teniendo como fuente la misma necrosis causada por la obstrucción aortica que se evidenció incluso desde el ingreso a la institución, tal como fue indicado por la especialidad de Ortopedia. No se puede, por ende, atribuir daño antijurídico alguno al Hospital en cuestión.

Por último, se resalta que en casos como el presente en donde se discute la responsabilidad del ente hospitalario, el H. Consejo de Estado ha establecido que el régimen aplicable es la falla probada del servicio y, en este caso, lo único que se encuentra demostrado es que el personal al servicio del Hospital Universitario del Valle demandado, actuó con diligencia, pericia y acogimiento a los cánones de la lex artis y no existe ni la más mínima prueba de la supuesta falla que alega la parte actora.

Es por todo lo anterior, que solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

4. <u>INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTUACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Y EL DAÑO:</u>

En términos generales, para poder acreditar la existencia de la responsabilidad en contra de una parte determinada, es imprescindible la presencia de algunos elementos mínimos, sin los cuales, al juzgador no le quedará más remedio que prescindir de cualquier pretensión indemnizatoria de la parte demandante. En la doctrina y la jurisprudencia se ha discutido la necesidad de la existencia de ciertos elementos como la culpa, dependiendo del régimen de

responsabilidad que se defienda de cara al caso concreto (responsabilidad subjetiva u objetiva). Sin embargo, un elemento cuya necesidad nunca se ha puesto en duda, para poder demostrar la existencia de la responsabilidad, es el nexo causal. Lo anterior, porque es imposible achacarle un supuesto daño o perjuicio a una parte sin que se acredite que sus actos efectivamente fueron la causa directa o eficiente del daño alegado.

Es por eso por lo que la carga mínima de la prueba en cabeza del demandante consiste en demostrar el hecho, el daño y el nexo causal entre el hecho y el daño.

Sobre todo, lo anterior, la doctrina ha señalado lo siguiente:

> *"En la responsabilidad civil existen dos nexos causales: primero, entre la culpa y el hecho, y el segundo, entre el hecho y el daño. Si no hay nexo causal entre la culpa y el hecho, hay causa extraña. Si no hay nexo causal entre el hecho y el daño, este es indirecto.*
>
> *Para que exista responsabilidad civil subjetiva, bien sea contractual o extracontractual, se requieren cuatro elementos: culpa, hecho, daño y nexo causal. En el caso de la responsabilidad civil objetiva, se necesitan tres elementos: hecho, daño y nexo causal[2]" [subraye y negrilla fuera del texto original].*

De esta manera, con el objetivo de demostrarle al Despacho que en el caso concreto no existe nexo causal alguna entre los supuestos perjuicios que dice haber sufrido la parte actora, y el actuar desplegado por el Hospital Universitario del Valle a través de su cuerpo médico profesional adscrito, es menester efectuar las siguientes precisiones en las cuales puede argumentarse la falta de nexo causal entre el hecho y los supuestos daños patrimoniales y extra patrimoniales que la parte actora pretende solicitar a la entidad de salud mencionada.

En primer lugar, debe mencionarse que la amputación de la extremidad de la paciente fue consecuencia directa y apenas natural del progreso paulatino de la obstrucción aortica que venía padeciendo dos semanas antes del primer ingreso al Hospital, pues para ese momento ya presentaba muerte o necrosis de tejido y fue indicado por los galenos que era muy probable la amputación de los dedos del pie derecho y/o parte de la extremidad. Posteriormente, quedó pendiente el traslado a otra institución donde le pudieran hacer el examen de arteriografía, pero este trámite quedó en manos de la EPS.

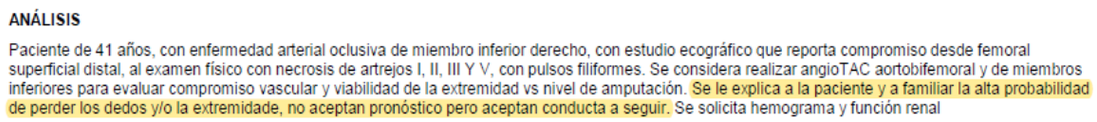
Por lo anterior, vale la pena esgrimir también, que pese a brindarle la atención adecuada y obrar totalmente diligentes, peritos y oportunos, quedaron supeditados a la realización del examen

[2] ORTIZ GÓMEZ Gerardo "Nexo Causal en la Responsabilidad Civil" en: CASTRO Marcela – Derecho de las Obligaciones Tomo II. Editorial Temis S.A. Bogotá 2010.

para poder dar continuidad al trámite propuesto, ya que no se podía realizar en el Hospital Universitario Evaristo García y la EPS debía facilitar el acceso al mismo.

Así mismo, frente a la manifestación contenida en el hecho del avanzado estado del estado de la lesión de la paciente, resulta necesario traer a colación que la paciente tiene responsabilidad sobre eso, teniendo en cuenta que:

A. Desde que la paciente comenzó a evidenciar el amoratamiento de su extremidad, hasta que consultó por el servicio de urgencias del Hospital Universitario del Valle Evaristo García pasaron más de dos semanas.
B. Cuando la paciente ingresó por primera vez el 15 de julio de 2017, salió posteriormente del Hospital Universitario mediante una alta voluntaria, para ir a consultar otro servicio de salud.
C. La paciente volvió a ingresar 10 días después sin haber recibido tratamiento.
D. Posteriormente, nuevamente por voluntad propia el 02 de agosto de 2017 salió nuevamente del Hospital Universitario para hacerse un examen, que finalmente no se hizo.
E. Posteriormente, vuelve a ingresar el 07 de agosto de 2017 sin haberse practicado el examen para el cual había salido 5 días antes. En el ingreso de este día, se dio el manejo que venía brindándose y se quedó a la espera para la realización del examen de Arteriografía, respecto del cual había que cambiar de institución ya que no era posible realizarlo en esa institución.
F. Siempre se solicitó la remisión de la paciente desde su segundo ingreso, cuando se determinó que era necesario practicar un examen que no se podía realizar en el Hospital Universitario.
G. El riesgo de amputación del paciente, estuvo advertido desde el ingreso de la paciente del 25 de julio de 2017. Así lo indicó el resulta de la interconsulta con la especialidad de Ortopedia, ya que el análisis efectuado por el especialista, tras haber efectuado la valoración, se explicó al paciente y sus familiares de la altísima probabilidad de que los dedos sean amputados y/o la extremidad:



ANÁLISIS

Paciente de 41 años, con enfermedad arterial oclusiva de miembro inferior derecho, con estudio ecográfico que reporta compromiso desde femoral superficial distal, al examen físico con necrosis de artrejos I, II, III Y V, con pulsos filiformes. Se considera realizar angioTAC aortobifemoral y de miembros inferiores para evaluar compromiso vascular y viabilidad de la extremidad vs nivel de amputación. Se le explica a la paciente y a familiar la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidade, no aceptan pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial*:* ***"ANÁLISIS (…)***
(…) Se explica a la paciente y a la familia la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidad pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Por lo anterior, es evidente que el riesgo de amputación de los dedos o extremidad de la paciente, para el momento donde se determinó la necesidad de la arteriografía (25/07/2017 de todas maneras ya existía.

Así pues, el hecho de que se encuentren certificadas las complicaciones de su estado de salud en la historia clínica que refleja el mal estado con que fue recibida la señora ARACELY SÁNCHEZ, con la observación desde el ingreso a la institución de ser trasladada a otro centro médico asistencial de complejidad IV, permite demostrar fehacientemente que el lamentable deceso de la menor, no tuvieron como causa el manejo médico de los galenos adscritos al Hospital Universitario del Valle, sino que es consecuencia directa de la enfermedad base (obstrucción aortica) que padecía y de no haberse completado el traslado a una institución de mayor complejidad, siendo su mismo padecimiento la causa eficiente del deceso.

Se destaca entonces, la falta de vínculo jurídico o de responsabilidad que comprometa al hospital demandado, el cual brindó al paciente en todo momento el manejo integral que podía dar por su complejidad, de manera oportuna, perita y plenamente ajustada a los protocolos médicos.

Lo expuesto permite entonces **excluir de plano** cualquier posibilidad de que las diligentes y oportunas actuaciones desplegadas por los médicos del Hospital Universitario del Valle del Cauca, quienes obraron con plena observancia de la lex artis, pueda generar algún tipo de conexidad con la amputación de la extremidad de la paciente y por ende su responsabilidad.

En conclusión, es de suma importancia que el Honorable Juez tenga en cuenta que no existe un nexo de causalidad entre la totalidad de los perjuicios que presuntamente sufrió la actora, y el supuesto yerro médico cometido por el Hospital Universitario. Lo anterior, por cuanto, esa institución y su cuerpo médico, obraron con la pericia exigida desde el primer momento en que la menor ingresó al centro hospitalario, efectuando las actuaciones médicas necesarias en aras de garantizar el bienestar, la salud y la vida de cara a un nivel básico de complejidad.

Por lo anterior, ruego declarar probada la presente excepción.

5. **DESATENCIÓN DEL RÉGIMEN JURÍDICO DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA – Incumplimiento del deber de probar el error médico por la parte demandante.**

Sin perjuicio de los argumentos esgrimidos en precedencia, también es necesario dejar claro que nuestra legislación establece que en el régimen de responsabilidad médica no se presume la culpa, por lo que es necesario demostrar la falla, impericia o imprudencia en la prestación del servicio que haga surgir la culpa que se endilgada, ya que esa responsabilidad médica se encuentra dentro del régimen de la culpa probada. En el presente caso como nos encontramos ante el tipo de responsabilidad de medios, es imprescindible acreditar la culpa del actuar

médico, gracias a la calidad que la ley 1438 de 2011 en su artículo 104, le otorga precisamente a la relación entre el médico y el paciente como de **medios**, de la siguiente forma:

> ***"ARTÍCULO 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL.*** *Modifícase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:*
>
> *"Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario.* ***Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio****, basada en la competencia profesional.*
>
> *Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de:*
>
> 1. *El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios.*
> 2. *La pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, dada la necesidad de la racionalización del gasto en salud, en la medida que los recursos son bienes limitados y de beneficio social.*
> 3. *En el contexto de la autonomía se buscará prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales.*
> 4. *No debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes los requieran.*
> 5. *Las actividades profesionales y la conducta de los profesionales de la salud deben estar dentro de los límites de los Códigos de Ética Profesional vigentes. Las asociaciones científicas deben alentar a los profesionales a adoptar conductas éticas para mayor beneficio de sus pacientes."*

Dado lo anterior y teniendo presente que en el caso en estudio se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por los demandantes, de acuerdo a la naturaleza de la prestación del servicio médico con miras a imputar la responsabilidad de la institución

médica atacada, la jurisprudencia reitera este deber en la sentencia 174 del 13 de septiembre de 2002 proferida por la Corte Constitucional, en los siguientes términos:

> *"… entonces el médico asume acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría y si el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente que le causa un especifico,* ***este debe con sujeción este acuerdo demostrar en línea de principio el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o en su caso de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por el padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización*** *correspondiente cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, claro, excepto el caso excepcional de la presunción de culpa que con estricto apego al contenido del contrato pueda darse como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado.[3]"* (Negrilla y subrayado propio).

Así entonces, resulta completamente desconocido el deber legal de probar lo que se pretende, bajo el criterio establecido en el artículo 167[4] del CGP, que precisamente impone la obligación de acreditar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que se persigue con la demanda, y toda vez que no existe prueba del error médico por lo que las pretensiones están llamadas a fracasar.

No es suficiente afirmar la ocurrencia del hecho objeto de reproche médico, que incluso es totalmente difuso en este caso, sino que debe probarse aquel, así como el suceso por causas atribuidas precisamente al error, negligencia o impericia del galeno, para que en efecto pueda existir responsabilidad de los demandados y al no darse cumplimiento de ello por la parte interesada sus pretensiones no pueden ser prósperas.

---

[3] CSJ. Civil. Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, expediente 6199

[4] **ARTÍCULO 167. CARGA DE LA PRUEBA.** Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

No obstante, según las particularidades del caso, el juez podrá, de oficio o a petición de parte, distribuir, la carga al decretar las pruebas, durante su práctica o en cualquier momento del proceso antes de fallar, exigiendo probar determinado hecho a la parte que se encuentre en una situación más favorable para aportar las evidencias o esclarecer los hechos controvertidos. La parte se considerará en mejor posición para probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de prueba, por circunstancias técnicas especiales, por haber intervenido directamente en los hechos que dieron lugar al litigio, o por estado de indefensión o de incapacidad en la cual se encuentre la contraparte, entre otras circunstancias similares.

Cuando el juez adopte esta decisión, que será susceptible de recurso, otorgará a la parte correspondiente el término necesario para aportar o solicitar la respectiva prueba, la cual se someterá a las reglas de contradicción previstas en este código.
Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.

En el caso concreto no se indicó por los accionantes en qué consiste la falla en la prestación del servicio médico, tampoco se allegó prueba de los supuestos perjuicios que se pretenden con la demanda respecto del Hospital Universitario del Valle Evaristo García, pues como quiera que no son acreditados no tienen vocación de prosperar así se encuentre, en gracia de discusión que alguno de los galenos adscritos a la EPS haya incurrido en algún error médico.

Conforme lo expuesto, comedidamente le solicita al señor Juez declarar la prosperidad de la presente excepción y negar la totalidad de las peticiones incoadas en la demanda por la parte actora.

6. LAS OBLIGACIONES MÉDICAS SON DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

El fundamento de esta excepción ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio y no de resultado, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados, los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

> *"La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica[5]."* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se refirió en el mismo sentido al decir:

> *"Si **bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida".* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así mismo, el Consejo de Estado, en sentencia del 13 de noviembre de 2014, se pronunció en de la siguiente forma:

> *"(…) En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, **al comportar la actividad médica una obligación de medio**, de la sola existencia del daño*

[5] Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, Mp. Alejandro Martínez Caballero.

no había lugar a presumir la falla del servicio."[6] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, existe un criterio unánime que explica que, la regla general, es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, ahora resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, el Consejo de Estado ha sido claro al establecer:

"(…) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdice que ***el servicio se desarrolló diligentemente****;* ***o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio,*** ***la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad****, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño (…)"*

(…) se limita a ***demostrar que su conducta fue diligente*** *y que el daño sufrido por la víctima no fue producto de inatención o de atención inadecuada; ello implica, finalmente, deducir que el riesgo propio de la intervención médica, que no permiten que sobre ella se configure una obligación de resultado, se presentaron y fueron los causantes del daño. Por tal razón, se ha dicho que la prueba de la ausencia de culpa no puede ser nunca en realidad una prueba perfecta, en la medida en que lo que se evidencia, mediante la demostración de la diligencia y el adecuado cumplimiento de las obligaciones en la entidad médica,* ***es simplemente que el daño no ha tenido origen en su falla****, sin que tenga que demostrarse exactamente cuál fue la causa del daño recibido por el paciente, pues si se exigiera esta última demostración, se estaría pidiendo la demostración de una causa extraña, que es la causal de exoneración propia de los regímenes objetivos de responsabilidad.*[7] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De tal manera, es imprescindible acreditar la culpa del actuar médico, gracias a la calidad que la ley 1438 de 2011 en su artículo 104, le otorga precisamente a la relación entre el médico y el paciente como de medios, de la siguiente forma:

[6] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 13 de noviembre de 2014. CP. Ramiro Pazos Guerrero, Expediente 31182.
[7] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de abril de 1997. CP. Carlos Betancourt Jaramillo, Expediente 9467.

"ARTÍCULO 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL. *Modifícase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:*

"Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. ***Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio****, basada en la competencia profesional.*

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de:

1. El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios.

2. La pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, dada la necesidad de la racionalización del gasto en salud, en la medida que los recursos son bienes limitados y de beneficio social.

3. En el contexto de la autonomía se buscará prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales.

4. *No debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes los requieran.*

5. *Las actividades profesionales y la conducta de los profesionales de la salud deben estar dentro de los límites de los Códigos de Ética Profesional vigentes. Las asociaciones científicas deben alentar a los profesionales a adoptar conductas éticas para mayor beneficio de sus pacientes.*

En el caso de autos, y tomando en cuenta los criterios jurisprudenciales que se esbozaron anteriormente, las obligaciones médicas adquiridas por el Hospital Universitario del Valle, a través de su cuerpo médico profesional, son obligaciones de medio y no de resultado. Es por ello, que en ninguna medida sus actuaciones pueden garantizar un resultado determinado, pero sí pueden probar en debida forma que las mismas se sujetaron a los más altos estándares médicos, mostrando un alto grado de diligencia y cuidado en sus actividades.

Aunado a lo anterior, los médicos adscritos al Hospital Universitario del Valle del Cauca, mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. Debe ponerse de presente que el galeno no puede comprometer un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra sujeta dicha actividad, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

De esta manera, siendo el médico deudor de una obligación de cuidado o diligencia, su responsabilidad se verá comprometida cuando quede patente el incumplimiento de su prestación, que se materializa en la falta de tal diligencia o actividad comprometida, situación que no ocurrió de tal manera en el caso que nos compete. Cabe mencionar que acreditar tal incumplimiento es una carga probatoria que solo le incumbe a la parte que pretende resarcirse de los supuestos daños ocasionados. En el caso de autos, dicho incumplimiento no se acredita en debida forma, por cuanto el cuerpo médico adscrito al mencionado Hospital siempre obró con los más altos estándares médicos, de manera oportuna, perita y diligente.

En este punto se recuerda que las IPS tienen como objeto social la prestación de servicios de salud, pero están autorizadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Resolución 1441 de 2013. Las IPS se han clasificado, conforme a la naturaleza jurídica, en públicas, privadas y mixtas, pero solo para las públicas existe una categoría de acuerdo con el nivel complejidad de las instituciones que oscila entre 1, 2 y 3.

La clasificación de prestadores por niveles de complejidad nace con la Ley 10 del 10 de enero de 1990, donde se estableció la responsabilidad para los departamentos y municipios para la prestación del servicio público de salud, de acuerdo con tres niveles de atención.

En el caso particular, tenemos el primer nivel de complejidad asignado para el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE DEL CAUCA EVARISTO GARCÍA, según el Decreto 1760 del 2 de agosto de 1990 que reglamentó la ley antecitada, y estableció que **las entidades de tercer nivel ofrecían atención por personal especializado y sub especializado, de más alta complejidad que del I y II** y cobertura de atención de patologías o fenómenos que lo justifiquen y como apoyo a los dos primeros niveles de complejidad, como se expresó en el Decreto 1760 de 1990:

> ***"De los criterios para determinar los grados de complejidad en los niveles de atención y sus servicios.***
>
> ***Artículo 5°*** *Los criterios básicos para la determinación del grado de complejidad de los servicios que puedan prestar las diferentes entidades de salud son:*

a) Patologías que atiendan o prevén atender con su grado de severidad y la frecuencia de la misma;
b) Base poblacional;
c) Tipo y nivel de formación del personal y vinculado;
d) Características y condiciones del instrumental y equipo disponible;
e) Apropiación y uso de la tecnología disponible en la entidad;
f) Características de la planta física;
g) Características de la entidad:

- Ubicación geográfica, características sociales y culturales de la población;

- Población cubierta en términos del Régimen de Referencia y Contrarreferencia y tipos de servicios que requiere la población;

- Volumen de recursos financieros, dedicados a funcionamiento e inversión.

***Parágrafo.** La determinación de los grados de complejidad para los diferentes servicios, será la base para la definición y establecimiento de las responsabilidades mínimas en salud de cada ente territorial y de los servicios que por sus características de especialidad deban tener carácter permanente o transitorio."*

Frente a las entidades de tercer nivel dijo:

***"Artículo 9°** Para que las instituciones sean clasificadas como de tercer nivel se requiere que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:*

a) Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes;

b) Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir;

c) Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención;

d) Tecnología requerida de la más alta complejidad;

e) Atención por personal especializado y subespecializado responsable de la prestación de los servicios;

f) Existencia de planes de desarrollo socioeconómicos en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país."

Así pues, igualmente la se dio que la prestación del servicio de primer nivel se da en virtud de la subsidiariedad, que según la Ley 10 de 1990 significa lo siguiente:

> ***"Artículo 3: Principios básicos.***
> *(…)*
> *d) Subsidiariedad. Las entidades públicas responsables de la prestación de servicios de salud en determinado nivel de atención, pueden prestar, transitoriamente, servicios correspondientes a niveles inferiores, cuando las entidades responsables de estos últimos, no estén en capacidad de hacerlo por causas justificadas, debidamente calificadas por el Ministerio de Salud, o la entidad en la cual éste delegue la calificación, conforme a lo previsto en la presente ley;"*

Sin embargo, los hospitales de tercer nivel evidentemente tienen limitaciones y no puede acceder a las herramientas y dispositivos que facilita un centro asistencial de nivel cuatro o mayor complejidad, y, por lo tanto, es improcedente exigir prestaciones que desborde su capacidad. Máxime que, desde el ingreso de la paciente,

Por todo lo esgrimido anteriormente, aclarado que la prestación del servicio prestada por el Hospital Universitario del Valle del Cauca ESE fue diligente y oportuna, ajustada a su nivel de complejidad y que no es posible exigirse una atención especializada más allá de la que contaba, de cara a sus medios de complejidad y prestación del servicio de mejor complejidad que la 1 y la 2, pero con sus limitaciones, atendiendo al principio de subsidiariedad, por lo que desde el ingreso de la menor se advirtió que la institución no contaba con el dispositivo para hacer la arteriografía y que a pesar de solicitar la remisión desde ese momento, no se dio por causas ajenas al HUV, por lo que solicito al Honorable Juez calificar la actuación surtida por dicha institución en consideración a los recursos tecnológicos y humanos que la misma ley le brindó y declarar probada esta excepción.

7. CAUSA EXTRAÑA COMO CAUSAL EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD – CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA Y HECHO DE UN TERCERO.

Tal como se sostuvo en precedencia, en nuestro ordenamiento se contemplan cuatro causales eximentes de responsabilidad, que en caso de acreditarse alguna de ellas, al operador judicial no le quedará más camino que exonerar de toda responsabilidad a quien será señalado con la misma

Específicamente, en materia contencioso administrativo la jurisprudencia del Consejo de Estado ha señalado la existencia de esas 4 circunstancias en las cuales se presenta la exoneración de la responsabilidad de un agente del estado. El acaecimiento de la causa extraña

se puede evidenciar por la Fuerza Mayor, el Caso Fortuito, Hecho de un Tercero o la Culpa Exclusiva de la Víctima:

> *"La jurisprudencia nacional ha reconocido la existencia de cuatro causales que impiden la imputación de responsabilidad a la administración, a saber: fuerza mayor, caso fortuito, hecho de un tercero y hecho de la víctima. En efecto, los aludidos eventos* ***"dan lugar a que devenga jurídicamente imposible imputar****, desde el punto de vista jurídico, la responsabilidad por los daños cuya causación da lugar a la iniciación del litigio, a la persona o entidad que obra como demandada dentro del mismo".*[8]

Igualmente, por manejo jurisprudencial, la Corte Suprema de Justicia ha señalado pese a que la responsabilidad de quien causa un daño en el desarrollo de una actividad riesgosa se presume, pueda enervar la misma acreditando

> *"A la víctima le basta demostrar los hechos que determinan el ejercicio de una actividad peligrosa y el perjuicio sufrido* ***y será el demandado quien deba comprobar que el accidente ocurrió por*** *la imprudencia exclusiva de la víctima,* ***por la intervención de un elemento extraño,*** *o por fuerza mayor o caso fortuito ya que el ejercicio de una actividad peligrosa, por su naturaleza, se lleva envuelto el de culpa en caso de accidente."*[9] (Negrilla y subrayado fuera de texto original).

Ante la contundencia de los hechos expuestos y el soporte probatorio que obra en el expediente, nos encontramos ante la configuración de dos causales eximentes de responsabilidad que concurren en la generación de un daño, y, que por lo tanto, de ninguna manera es posible llegar a establecer algún tipo de responsabilidad por los presuntos daños causados a la paciente a cargo del Hospital Universitario del Valle del Cauca Evaristo García. Bajo el entendido, que: (i) La paciente obro negligentemente al consultar al servicio de urgencias dos semanas después que comenzó a sentir los síntomas de la obstrucción aortica y llegó al HUV con necrosis. Fuera de eso egresó en dos oportunidades del Hospital sin atender la urgencia de su estado de salud, de lo cual fue advertida. (ii) Quien se encargó de tramitar la remisión y autorizar el examen de ARTERIOGRAFÍA, necesario para dar continuidad al tratamiento médico propuesto con base en el cual se pretenden los perjuicios en el proceso, fue el asegurador en salud de la paciente. Tal circunstancia se enmarca en la causal eximente de responsabilidad del hecho de un tercero como configuración de causa extraña, respecto del cual la jurisprudencia colombiana ha señalado lo siguiente:

---

[8] CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION C CONSEJERO PONENTE: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA Bogotá, D.C., veintidós (22) de junio de dos mil once (2011) Radicación: 73001-23-31-000-1999-00265-01(19548)

[9] Corte Suprema de justicia sala de casación civil en sentencia de 25 de octubre de 1999 expediente 5012

"(…) y es justamente siguiendo ese orden de ideas que, aludiendo a la eximente de responsabilidad basada en la intervención de un tercero, la jurisprudencia ha sostenido con vehemencia en que no se configura ante cualquier hecho o intervención de terceras personas distintas a la víctima y del presunto ofensor a quien se le exige reparación; son necesarios varios requisitos cuya presencia objetiva en cada caso es la que permite concluir que, no obstante las apariencias que se desprendan de la actuación atribuible al demandado, ciertamente sus consecuencias no le pertenecen por ser otro el verdadero y único causante del agravio, requisitos que a la postre se reducen primeramente, a pedir que el hecho al tercero le sea del todo ajeno al agente o responsable presunto y, en segundo lugar, a exigir asimismo que ese hecho haya sido causa exclusiva del daño, es decir, que aparezca evidentemente vinculado por una relación de causalidad exclusiva e inmediata con el daño, caso en el cual la responsabilidad (…) se desplaza del autor del daño hacia el tercero en seguimiento de esa causalidad que es uno de los elementos jurídicos esenciales integrantes de la responsabilidad civil (…)"[10]

Ampliando lo anterior, se precisa:

(i) HECHO EXCLUSIVO DE LA VÍCTIMA:

Frente a la responsabilidad del daño que se imputa a los demandados, resulta necesario traer a colación que la paciente tiene responsabilidad sobre eso, teniendo en cuenta que fue negligente con el propio trato de la sintomatología, pese a que ello fue avisado:

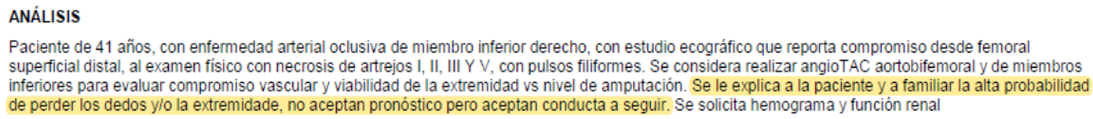
A. Desde que la paciente comenzó a evidenciar el amoratamiento de su extremidad, hasta que consultó por el servicio de urgencias del Hospital Universitario del Valle Evaristo García pasaron más de dos semanas.
B. Cuando la paciente ingresó por primera vez el 15 de julio de 2017, salió posteriormente del Hospital Universitario mediante una alta voluntaria, para ir a consultar otro servicio de salud.
C. La paciente volvió a ingresar 10 días después sin haber recibido tratamiento.
D. Posteriormente, nuevamente por voluntad propia el 02 de agosto de 2017 salió nuevamente del Hospital Universitario para hacerse un examen, que finalmente no se hizo.
E. Posteriormente, vuelve a ingresar el 07 de agosto de 2017 sin haberse practicado el examen para el cual había salido 5 días antes. En el ingreso de este día, se dio el manejo que venía brindándose y se quedó a la espera para la realización del examen de

[10] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Expediente 3382, M.P. Carlos Esteban Jaramillo Schloss, 4 de junio de 1992.

Arteriografía, respecto del cual había que cambiar de institución ya que no era posible realizarlo en esa institución.

F. Siempre se solicitó la remisión de la paciente desde su segundo ingreso, cuando se determinó que era necesario practicar un examen que no se podía realizar en el Hospital Universitario.

G. El riesgo de amputación del paciente, estuvo advertido desde el ingreso de la paciente del 25 de julio de 2017. Así lo indicó el resulta de la interconsulta con la especialidad de Ortopedia, ya que el análisis efectuado por el especialista, tras haber efectuado la valoración, se explicó al paciente y sus familiares de la altísima probabilidad de que los dedos sean amputados y/o la extremidad:



ANÁLISIS

Paciente de 41 años, con enfermedad arterial oclusiva de miembro inferior derecho, con estudio ecográfico que reporta compromiso desde femoral superficial distal, al examen físico con necrosis de artrejos I, II, III Y V, con pulsos filiformes. Se considera realizar angioTAC aortobifemoral y de miembros inferiores para evaluar compromiso vascular y viabilidad de la extremidad vs nivel de amputación. Se le explica a la paciente y a familiar la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidade, no aceptan pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez.*
Transcripción parte esencial*:* ***"ANÁLISIS (…)***
(…) Se explica a la paciente y a la familia la alta probabilidad de perder los dedos y/o la extremidad pronóstico pero aceptan conducta a seguir. Se solicita hemograma y función renal."
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Por lo anterior, es evidente que el riesgo de amputación de los dedos o extremidad de la paciente, para el momento donde se determinó la necesidad de la arteriografía (25/07/2017 de todas maneras ya existía. No obstante, esa circunstancia se originó por haber consultado tardíamente al servicio de medicina.

HECHO DEL TERCERO:

Finalmente, de debe tener en cuenta que en la remisión de la paciente era un asunto sometido única y exclusivamente a la gestión del asegurador en salud de la paciente, por lo que se debe valorar la gestión de la entidad correspondiente, que sin duda, en caso de hallarla responsable se entenderá acaecida la causal eximente de responsabilidad del Hospital Universitario.

Es por lo anterior, que en últimas nos encontramos ante un caso donde el presunto daño que se pretende resarcir con este medio de control se generó por culpa exclusiva de la parte demandante y/o del Asegurador en salud de la señora Aracely Sánchez.

Con base en lo expuesto solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción.

8. REDUCCIÓN DE LA EVENTUAL INDEMNIZACIÓN, POR PARTICIPACIÓN DE LA MISMA VÍCTIMA Y EL HECHO DE UN TERCERO – CONCURRENCIA DE CULPAS

Sin perjuicio de que en el caso concreto debe prosperar la excepción de culpa exclusiva de la víctima la y del hecho del tercero como causal eximente de responsabilidad. En el remoto e hipotético evento en el que el juez considere que la parte pasiva sí participó en la producción del daño, debe reducir la indemnización como consecuencia de la concurrencia de culpas que eventualmente se hubiese presentado. En este punto es menester recordar que la conducta positiva de la paciente, que se erige como responsable en la ocurrencia de la amputación, tiene incidencia relevante al momento de realizar el examen de la responsabilidad. En este sentido, su comportamiento puede corresponder a una condición del daño acaecido. En ese orden de ideas, la problemática de la concurrencia de culpas se resuelve en el campo objetivo de las conductas del paciente y asegurado en salud, y en la secuencia causal de las mismas en la generación del daño. Tal entendimiento debe hacerse, claro, considerando aspectos relevantes sobre la forma en que se generó el daño y quién incrementó o disminuyó el riesgo.

En tal virtud, debe determinarse si la actuación de quien sufrió el daño fue o no determinante, o se constituyó en motivo exclusivo o concurrente de su mismo padecer. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado lo siguiente:

> *"Por el contrario, si la actividad del lesionado resulta "en todo o en parte"10 determinante en la causa del perjuicio que ésta haya sufrido, su proceder, si es total, desvirtuará correlativamente, "el nexo causal entre el comportamiento del presunto ofensor y el daño inferido"11, dando paso a exonerar por completo al demandado del deber de reparación; en tanto, si es en parte, a reducir el valor de ésta.*
>
> *En otras palabras, para que el interpelado pueda liberarse plenamente de la obligación indemnizatoria, se requiere que el proceder de la víctima reúna los requisitos de toda causa extraña, esto es, "que se trate de un evento o acontecimiento exterior al círculo de actividad o de control de aquel a quien se le imputa la responsabilidad como causa exclusiva del reclamante o de la víctima.*
>
> *Y de otro, según lo preceptúa el artículo 2357 del Código Civi3,* ***cuando en la producción del daño participan de manera simultánea agente y lesionado, circunstancia que no quiebra el "nexo causal", indiscutiblemente conduce a una disminución proporcional de la condena resarcitoria impuesta eventualmente al demandado, la cual, se estimará dependiendo el grado de incidencia del comportamiento***

de la propia víctima en la realización del resultado lesivo*”* (Resaltado y negrilla por fuera del texto original)

Igualmente, la jurisprudencia de la Corte Constitucional, partiendo de la doctrina de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido que:

> *“(…) ante una eventual concurrencia de culpas, el juez debe examinar las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se produce el daño, con el fin de evaluar la equivalencia o asimetría de las actividades peligrosas concurrentes y su incidencia en la cadena de causas generadoras del daño y, así, establecer el grado de responsabilidad que corresponda a cada uno de los actores, de conformidad con lo establecido en el artículo 2357 del Código Civil”*

En apoyo de lo anterior, el reconocido doctrinante Tamayo Jaramillo expresó que:

> *“Finalmente, podemos hablar de reducción de la indemnización cuando no solo la parte demandada sino también la demandante, han cometido una falta; se plantea así la posibilidad de que la culpa de la víctima reduzca la entidad culposa del demandado y como consecuencia lógica se disminuya el monto indemnizable que debe pagársele al perjudicado (C.C. art. 2357)”*

En este sentido, al momento de realizar el análisis sobre la causa del daño, el juzgador debe establecer mediante un cuidadoso estudio de las pruebas, la incidencia del comportamiento desplegado por cada parte alrededor de los hechos que constituyan causa de la reclamación pecuniaria. En particular, cuando ésta proviene del ejercicio de una actuación médica con el deber de probar la falla y al mismo tiempo se alegue concurrencia de conductas en la producción del hecho lesivo. Ahora bien, de tal manera, en caso de que la parte demandante no acredite la falla en la prestación del servicio, será solo la causal eximente de responsabilidad la culpa exclusiva de la víctima. Pero de lo contrario deberá declararse que el porcentaje de una eventual indemnización a lo sumo es de un 50% para la víctima y para su asegurado en salud por la gestión desplegada por cada uno como se indicó en precedencia, el Despacho deberá concluir que de acuerdo con la actuación desplegada por la víctima se configuró una concurrencia de culpas al tenor de lo normado en el artículo 2357 del Código Civil, el cual establece:

> *“REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN. La apreciación del daño está sujeta a reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente.”*

Por lo anterior, se solicita al Despecho la exoneración de responsabilidad del Hospital Universitario del Valle del Cauca Evaristo García ante la evidente participación de la demandante en su estado de salud y la participación del asegurador en salud que le generaron presuntos perjuicios.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

9. IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DE LUCRO CESANTE:

Me opongo enfáticamente a la prosperidad de la presente pretensión, en la medida que la cifra base del lucro cesante no está probada, simplemente se incorpora a capricho del actor sin mediar ningún tipo de sustento, pues solo se pide sin sustentar los ingresos con total desconocimiento de los aspectos que hacen procedente el reconocimiento y de liquidación del lucro cesante.

Para empezar, debe hacerse una remembranza sobre los aspectos fundamentales que configuran el lucro cesante. Éste se ha entendido cómo una categoría de perjuicio material, de naturaleza económica, de contenido pecuniario, es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero, y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir y que no ingresará al patrimonio de la persona. Es decir, se deja de recibir cuando se sufre un daño y puede ser percibido a título de indemnización por las víctimas directas o indirectas cuando se imputa al causante del perjuicio la obligación de reparar.

No obstante, lo anterior, para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido lo siguiente:

> *(…) en cuanto perjuicio,* ***el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual****. (…) Vale decir* ***que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afinca en una situación real, existente al momento del evento dañino, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente*** *(…) Por último están todos aquellos "sueños de ganancia", como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que* ***conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del***

> ***daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables***.[11]
> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así, resulta evidente que para reconocer la indemnización del lucro cesante es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse y, de otro, que sea susceptible de avaluársele concretamente, sin que ninguna de esas deducciones pueda estar soportada en simples suposiciones o conjeturas, porque de ser así, se estaría en frente de una utilidad meramente hipotética o eventual.

La Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia del 20 de noviembre de 1943 revocó condena al pago de perjuicios materiales que se había impuesto en primera instancia, soportada en los siguientes fundamentos:

> ***"El daño futuro es indemnizable a condición de que en el momento presente resulte cierto que se realizará. Es inadmisible conceder reparación por pérdidas puramente futuras. Cualquier base que se fije será necesariamente producción de la fantasía. Que el sujeto lesionado hará en el futuro esto o aquello, que obtendrá ganancias en actividades y en formas determinadas, es una incógnita que nadie tiene el poder de adivinar.*** *De consiguiente* ***para que el perjuicio futuro sea avaluable requiere que aparezca como la prolongación cierta y directa de un estado de cosas actual susceptible de estimación inmediata.***

Esto significa que, el lucro cesante no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias, sino que, por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso. De manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso, siempre que logre acreditarse que en efecto la víctima, al momento de la ocurrencia del daño, ejerciera alguna actividad productiva que le generara los ingresos dejados de percibir, ingresos que por supuesto deben ser futuros y posteriores a la generación del daño.

Así pues, no resulta procedente la pretensión impetrada, según la cual, debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante consolidado y futuro, toda vez que no hay prueba dentro del expediente de la actividad productiva alguna que le generara ingresos a la señora ARACELY SÁNCHEZ, máxime cuando está acreditado, por ejemplo, en la historia clínica donde se recogen los datos de su ocupación que la señora era desempleada, como se acredita el siguiente aparte de la historia clínica en las anotaciones del 08 de agosto de 2017:

[11] CSJ SC, 24 Junio de 2008, Rad. 2000-01141-01.

OBJETIVO

Aracely Sanchez Mosquera
Edad: 41 años
Soltera
Ocupacion: Desempleada
Hijos: 5
Residencia: Bogota

Documento: *Fragmento Historia Clínica Aracely Sánchez página 46 de 99.*
Transcripción parte esencial: ***"(…) Ocupación: Desempleada (…)."***
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Es evidente que la parte actora quiere sacar provecho de las complicaciones causadas por la misma paciente, pues no hubo esmero en la acreditación de los recursos que supuestamente recibiría, ni la razón de ahora porque no, para cumplir con los criterios jurisprudenciales de certeza y racionalidad. En consecuencia, se trata de una mera especulación carente de sustento que atenta contra el carácter cierto del perjuicio, y, por tanto, no puede presumirse valor alguno para indemnizar el lucro cesante solicitado por la parte demandante.

De tal manera a efectos de brindar total claridad frente al reconocimiento de esta clase de perjuicios en nuestro ordenamiento jurídico, se debe acotar que la extinta presunción del salario mínimo se origina en el reciente pronunciamiento de la Sección Tercera del Consejo de Estado, consejero ponente Carlos Alberto Zambrano Barrera del 18 de julio de 2019, donde avocó conocimiento en la sentencia con la finalidad de unificar jurisprudencia en materia de reconocimiento y liquidación de perjuicios materiales por daño emergente y lucro cesante, en el cual elimina la presunción del salario mínimo cuando no se soportan por ningún medio probatorio los ingresos que haya dejado de percibir supuestamente la víctima. De tal manera, hace un análisis completo e indica lo siguiente:

> *"(…)Aplicada así la "presunción" acabada de mencionar, lo que se debía identificar no era si el afectado desempeñaba una "actividad productiva" al tiempo de la detención, sino si se encontraba para entonces en una edad "productiva" –entendida como tal aquella en que se alcanza la mayoría de edad y que se mantiene mientras no sobrevenga una incapacidad laboral o cognitiva-, para liquidar el perjuicio material conforme al valor del salario mínimo; pero, entendida así la regla de experiencia, como fundamento de la regla de la jurisprudencia, se puede incurrir –a no dudarlo- en el desatino de indemnizar un perjuicio inexistente, incierto o eventual, lo cual sucede –por ejemplo- si el afectado, pese a encontrarse en una "edad productiva", es improductivo, porque por un acto volitivo decide no trabajar y depender de los ingresos que le proporcionan otros, evento en el cual no hay un perjuicio material cierto e indemnizable.*

En alguna oportunidad, ante la prueba de que el afectado con la medida no trabajaba, la Sala negó el lucro cesante por él solicitado, así (sentencia del 23 de noviembre de 2017 (expediente 38.067):

> *"Está acreditado, según el testimonio de la señora Regina …, esposa de uno de los detenidos y madre de los otros dos, que para la época en que fueron privados de la libertad, el señor Salomón … trabajaba en oficios varios, es decir, en lo que le resultara, pero no tenía ingresos fijos y que John … laboraba como vendedor ambulante, mientras que Fabio … Salomón no trabajaba (testimonio rendido el 25 de mayo de 2004 ante el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca) (folios 494 y 495, cuaderno 2).*
>
> *"Así, para calcular el lucro cesante reclamado por Salomón … y Johny ..., pues Fabio Salomón no trabajaba y, por tanto, ningún ingreso dejó de percibir mientras estuvo privado de la libertad, la Sala tendrá en cuenta el salario mínimo vigente en el año en que se produjo su captura (2000), esto es, $260.100 ".*

Sobre el carácter real y cierto del perjuicio, la doctrina ha señalado que:

> *"La certidumbre del perjuicio tiene algo que ver con su realidad pero expresa una dimensión particular. No se considerará como un perjuicio real la consecuencia de un acto o un hecho que no tiene incidencias nocivas para quien lo reclama … La realidad del perjuicio alegado es pues controlada en forma constante por el juez administrativo.*
>
> *"(…)*
>
> *"… la realización de ciertas consecuencias de un hecho dañino … si son futuras pero ciertas deben incorporarse al perjuicio reparable. Si están rodeadas de un coeficiente de incertidumbre demasiado importante el juez las rechazará" (se resalta y subraya).*

(…)

Sin embargo, a juicio de la Sala, resulta mejor, con miras a un adecuado ejercicio de la labor de impartir justicia, soslayar el uso de presunciones de orden jurisprudencial que lleven a reconocer de oficio perjuicios de este tipo, pues evitarlas y, por tanto, decidir con sustento en hechos o supuestos efectivamente probados garantiza de manera efectiva y eficaz el principio de congruencia de las sentencias y mantiene incólumes el principio de justicia rogada y el principio dispositivo , los cuales orientan la actividad y las decisiones de la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

Agrégase a lo anterior que las orientaciones jurisprudenciales anteriormente mencionadas y las presunciones jurisprudenciales aplicadas con el objeto de determinar la existencia y el monto de los perjuicios materiales podrían entenderse en el sentido de que, cumplidas ciertas condiciones, los demandantes tienen derecho, per se, a obtener el pago de perjuicios en determinado monto; sin embargo, ello podría llevar a desconocer involuntariamente en algún caso que el reconocimiento de un perjuicio solo procede si ha sido solicitado por la parte interesada, lo que implica que ésta lo reclame de manera expresa y cuantifique su monto de manera razonada (artículo 162, numerales 2 y 6 del C.P.A.C.A. –antes artículo 137 del C.C.A.- y artículo 281 de C.G.P. –antes 305 del C. de P.C.-) y a ello se puede acceder siempre que dicha parte haya cumplido con la carga de acreditar tanto la existencia como la cuantía del perjuicio.

*La ausencia de petición, en los términos anteriores, **así como el incumplimiento de la carga probatoria dirigida a demostrar la existencia y cuantía de los perjuicios debe conducir, necesariamente, a denegar su decreto**.*
(…)
La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante.
(…)
El ingreso de los independientes debe quedar también suficientemente acreditado y para ello es necesario que hayan aportado, por ejemplo, los libros contables que debe llevar y registrar el comerciante y que den cuenta de los ingresos percibidos por su actividad comercial o remitir, por parte de quienes estén obligados a expedirlas , las facturas de venta, las cuales tendrán valor probatorio siempre que satisfagan los requisitos previstos en el Estatuto Tributario , o que se haya allegado cualquier otra prueba idónea para acreditar tal ingreso." (Negrilla propia)".

Al no existir prueba siquiera sumaria que permita acreditar la ganancia dejada de percibir como consecuencia del hecho dañoso, ni la actividad económica de la señora ARACELY SÁNCHEZ y por el contrario confirmar que la amputación se generó por la misma evolución de la obstrucción arterial, resulta temeraria la pretensión de la parte demandante y de mala fe deprecar un perjuicio que en realidad no se generó por culpa del Hospital. Resulta incuestionable que el Honorable Juez no se encuentra jurídicamente habilitado para reconocer ningún emolumento a título de lucro cesante en este caso.

Por lo anterior, resulta completamente lesiva la pretensión del ordenamiento legal, ya que el reconocimiento de los improbables perjuicios generaría en un enriquecimiento sin causa de la parte Demandante.

10. IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS POR SUPUESTO E INEXISTENTE DAÑO A LA SALUD:

Es completamente improcedente solicitar alguna suma de dinero por este aspecto, teniendo en cuenta que el apoderado de la parte accionante lo solicita en abierto desconocimiento de la noción de lo que implica el reconocimiento del daño a la salud y sus fines mismos.

De forma preliminar se recuerda que no es procedente imponer a las demandadas al pago de alguna suma de dinero, pues al no existir responsabilidad de aquellas demandadas, no es procedente que paguen a su costa algún tipo de indemnización a la parte demandante, ya que la responsabilidad se encuentra desvirtuada con la diligencia, prudencia y pericial de la prestación del servicio de salud, con aplicación de la lex artis médica, como se pudo en las anotaciones de la historia clínica que da cuenta de la atención médica de la paciente.

De otra parte, debido a que los demandantes solicitan de forma antitécnica el pago de perjuicios por Daño a la Salud, por cuanto la petición de este concepto es jurídicamente improcedente y se pide con desconocimiento de la normatividad legal y precedente jurisprudencial que reconoce tal concepto únicamente a la víctima directa, cuando se determina la existencia de un daño a la salud (lesión), puesto que la responsabilidad es totalmente inexistente y no puede atribuirse a otro, la generación de la patología por la misma condición del cuerpo de la paciente.

De tal manera, en términos generales se observa que cada uno de los rubros solicitados como perjuicios no tiene asidero legal de cara a los presupuestos facticos y jurídicos de la demanda no le brinda alternativa distinta al despacho de negar todas y cada una de las pretensiones incoadas en la demanda, puesto que acceder a alguna de ellas generaría un enriquecimiento sin causa para los demandantes.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

11. IMPROCEDENTE RECONOCIMIENTO DEL DAÑO MORAL DE ACUERDO CON EL PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL:

Sobre el particular, resulta preciso indicar, que es completamente improcedente el reconocimiento indemnizatorio por daño moral deprecado, teniendo en cuenta que la lamentable amputación de la extremidad de la paciente obedeció a la evolución de la misma patología base que padeció, no fue responsabilidad de la gestión desempeñada por el Hospital

Universitario del Valle, por cuanto la atención brindada fue constante, diligente y perita que atendieron al estado de la paciente y al nivel de complejidad de la institución.

Así entonces, a lo largo del tiempo, El Consejo de Estado ha desarrollado numerosa jurisprudencia que fue unificada en la actualidad, en lo referente al establecimiento de los montos para cuantificar los perjuicios morales, su otorgamiento y tasación, que presupone la existencia de responsabilidad, para el reconocimiento de los mismos.

Conforme lo anterior, incluso se observa que respecto de la hermana de la menor que lamentablemente falleció resulta completamente exorbitante la pretensión por cuanto supera el límite del tome máximo reconocido para esta clase de perjuicios que como ya advertimos es completamente improcedente para el caso particular.

Por lo expuesto comedidamente solicito al despacho declarar probada la presente excepción.

12. GENÉRICA.

Finalmente propongo como excepción genérica, cualquier circunstancia que llegare a ser probada a lo largo del presente proceso y que constituya un acontecimiento de hecho que pueda ser interpretado como exculpatorio de las pretensiones reclamadas por la demandante.

III. CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

CONSIDERACION PRELIMINAR FRENTE AL LLAMAMIENTO EFECTUADO POR DOS PÓLIZAS

En vista del llamamiento en garantía que se efectúa por dos pólizas, es preciso aclarar al despacho, que solo una de ellas es la llamada a efectuar el estudio a cerca de la procedencia de su afectación, por cuanto una de ellas no ofrece cobertura en razón a la modalidad Claim Made, que presupone la cobertura de reclamaciones al asegurado en vigencia del respectivo contrato de seguros.

Las pólizas vinculadas al llamamiento en garantía por parte del Hospital Universitario del Valle del Cauca son las siguientes:

1). 022087367/0 (Vigencia desde el 03/04/2017 hasta el 31/10/2017).

2). 022425835/0 (Vigencia desde el 22/03/2019 hasta el 31/12/2019).

Según lo anterior, útil para este caso es la transcripción de la modalidad de cobertura Claims Made en que fueron emitidas las pólizas, incorporada en las condiciones de las mismas visibles a folio 6 de las condiciones de la misma, de la siguiente manera:

> *"**CLAIMS MADE***
> *AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE*
> *Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por lo cuales el asegurado sea civilmente responsable."*

Como puede observarse de la transcripción, al observarse que la cobertura de la póliza 022087367/0 data de una vigencia anterior a la que fue producida la reclamación mediante la solicitud de conciliación extrajudicial del día 22 de agosto de 2019 ante la Procuraduría General de la Nación, es evidente que al materializarse este hecho (reclamo) por fuera de la cobertura, solo nos centraremos en el estudio acerca de la posibilidad de afectar la póliza 022425835/0, najo el entendido de que en el presente caso es objeto de cobertura la reclamación presentada al asegurado mediante la solicitud de conciliación radicada en el centro de conciliación de la Procuraduría General de la Nación, momento para el cual se encontraba vigente la póliza 022425835/0, en vista de la cual, se abordará el estudio para comprobar al despacho que igualmente este contrato de seguro tampoco puede hacerse efectivo.

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO

PRIMERO: Cierto.

SEGUNDO: Parcialmente cierto, en la medida que, si bien es cierto que la atención médica es brindada a la paciente entre el 15 de julio de 2017 y el 17 de agosto de 2017, no lo es que la Póliza de Seguro No. 022087367/0 vigente para la época de los hechos otorgue cobertura frente a este caso, en virtud a que según la modalidad de cobertura pactada en la póliza es de CLAIMS MADE. Esta clase de cobertura, quiere decir que el riesgo amparado no corresponde a que el supuesto error haya sido ocasionado en vigencia de la póliza, sino que aquel se reclame en vigencia de la misma, por hechos dañosos ocurridos antes de su vigencia limitado al término de retroactividad pactado, pero siempre y cuando, si y solo si reclama dentro de la vigencia.

Sobre este particular, lo propio se dejó expresamente señalado en las condiciones de los contratos de seguros así:

> ***"CLAIMS MADE***

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 de 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable." (Subrayado propio).

Para el caso, la reclamación presentada al Asegurado Hospital Universitario del Valle se dio con la solicitud de conciliación extrajudicial del **22 de agosto de 2019**, cuando solo se encontraba vigente la póliza No. **022425835/0** y en tal virtud es solo por esa póliza que deberá abordarse el estudio de su efectividad, que como se demostrará a lo largo de la presente contestación no es procedente.

Lo anterior, dicho en otras palabras, debe excluirse la póliza No. **022087367/0**, toda vez que en el momento que se produjo el reclamo la vigencia había terminado cerca de dos años atrás.

TERCERO: No es cierto. Puesto que el llamante en garantía se equivoca en la fecha en que debe tomar como surtida la reclamación. Al respecto se debe tener presente que la fecha en que se entiende presentado el reclamo es cuando se formula la solicitud de conciliación, puesto que es exigencia para su radicación en el centro de conciliación que se haya remitido el traslado a los convocados lo que tiene que ocurrir cuando se radique. De tal manera, la fecha en que se fórmula la reclamación es el 22 de agosto de 2019 y no el 18 de noviembre de 2019.

De todas maneras, se precisa que el reclamo fue efectivamente radicado cuando la Póliza de Seguro No. **022425835/0** se encontraba vigente. No obstante, el Despacho debe tener en cuenta que este contrato de seguro no podrá hacerse efectivo, por cuanto no ocurrió el riesgo asegurado en el mismo, ya que no existe responsabilidad profesional de la entidad asegurada, teniendo en cuenta que esta debidamente demostrada diligencia y oportunidad con la que obró el HUV. Los daños reclamados obedecen a la natural evolución de la patología, con participación de actos negligentes de la paciente y la gestión de la remisión del asegurado en salud.

CUARTO: Cierto.

QUINTO: No es cierto, por lo que se pasa a explicar.

El riesgo amparado en el presente caso corresponde a *"La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico quirúrgico, dental de enfermería, laboratorio o asimilados (…)*"[12][13], para ambas pólizas.

[12] Condiciones del Contrato de Seguro 022087367/0, página 15.
[13] Condiciones del Contrato de Seguro 022425835/0, página 11.

Sin embargo, tal aspecto va atado a la condición de cobertura temporal CLAIMS MADE, en la que se amparan las reclamaciones hechas al Asegurado o Asegurador, dentro de la vigencia de la póliza.

La reclamación efectuada por los demandantes, fue realizada con la solicitud de conciliación extrajudicial el 22 de agosto de 2019.

Si bien es cierto el Hospital Universitario del Valle del Cauca Evaristo García tiene la calidad de Tomador y Asegurado en ambos seguros, no lo es que sea procedente la afectación de las dos pólizas e incluso la formulación del llamamiento en garantía por aquellas dos, en virtud que dada la vigencia temporal pactada para cada una se debe excluir de plano del proceso y su estudio de efectividad a la póliza 022087367/0, dado que no estuvo vigente al momento de suscitarse la reclamación extrajudicial.

Frente a los contratos de seguros se pactaron las siguientes condiciones:

1. **Seguro de Responsabilidad Profesional Clínicas y Hospitales No. 022087367/0.**

Capítulo I
Datos Identificativos

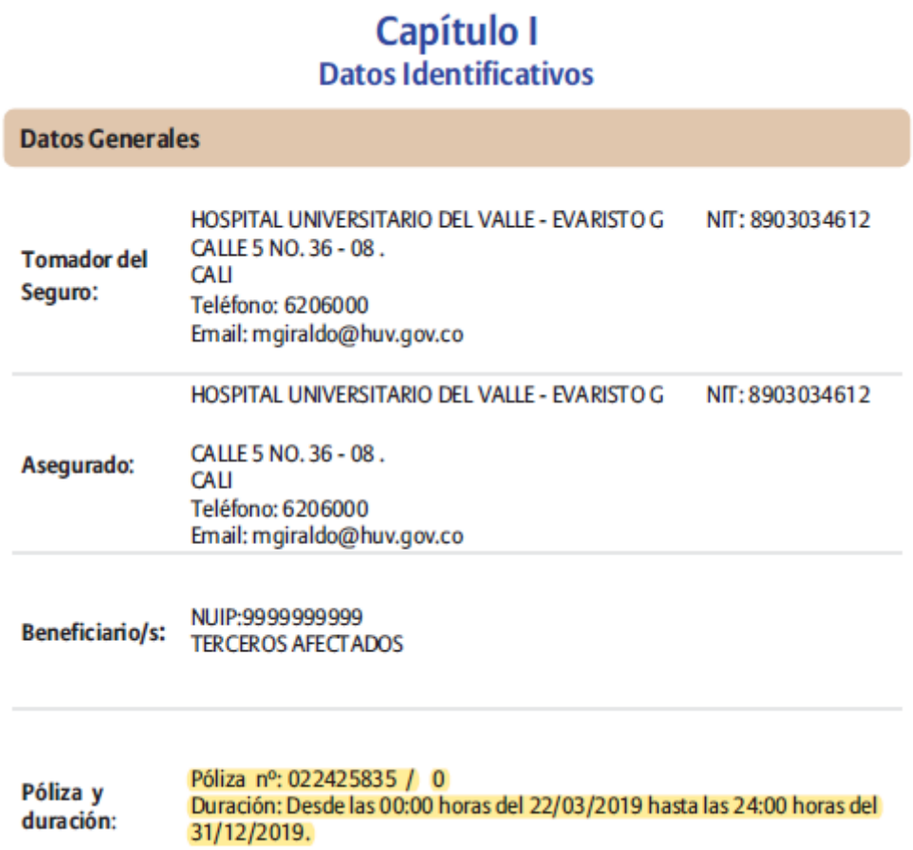
Datos Generales

Tomador del Seguro:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR NIT: 8903034612 CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co
Asegurado:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR NIT: 8903034612 CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 022087367 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 30/04/2017 hasta las 24:00 horas del 31/10/2017.

Documento: *Fragmento Condiciones del Contrato de Seguro Póliza 022087367/0, página 5.*

Transcripción parte esencial: ***"Póliza y duración: Duración: Desde las 00:00 horas del 30/04/2017 hasta las 24:00 horas del 31/10/2017." (…)*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

2. Seguro de Responsabilidad Profesional Clínicas y Hospitales No. 022425835/0.



Capítulo I
Datos Identificativos

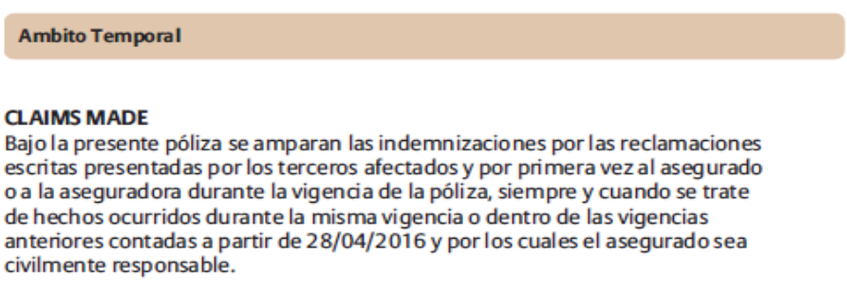
Datos Generales

Tomador del Seguro:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co	NIT: 8903034612
Asegurado:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co	NIT: 8903034612
Beneficiario/s:	NUIP:9999999999 TERCEROS AFECTADOS	
Póliza y duración:	Póliza nº: 022425835 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 22/03/2019 hasta las 24:00 horas del 31/12/2019.	

Documento: *Fragmento Condiciones del Contrato de Seguro Póliza 022425835/0, página 5.*

Transcripción parte esencial: ***"Póliza y duración: Duración: Desde las 00:00 horas del 22/03/2019 hasta las 24:00 horas del 31/12/2019." (…)*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

También es preciso señalar que las condiciones temporales antes aludida de CLAIMS MADE, también fueron pactadas en la página 6 de ambos seguros así:



Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 28/04/2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Documento: *Fragmento Condiciones del Contrato de Seguro Póliza 022087367/0 y 022425835/0, página 6.*

Transcripción parte esencial: ***"Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 de 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable." (…)*** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En consideración a lo anterior, se deberá descartar la Póliza de Seguro No. 022087367/0 y continuarse solo con el estudio de efectividad de la Póliza de Seguro No. *022425835/0*/0, dado que solo esta última se encontraba vigente al momento de la reclamación extrajudicial mediante la cual se le reclamó al Hospital Asegurado con la convocatoria a la audiencia de conciliación extrajudicial.

Ahora bien, en virtud de la Póliza de Seguro 022425835/0, se debe tener presente que la obligación indemnizatoria de la Compañía de Seguros se encuentra sujeta a las condiciones de cobertura. Al respecto, igualmente se configura una causal de exclusión que indefectiblemente impide la efectividad del seguro, más aún cuando en el presente caso no existe responsabilidad del Hospital Asegurado y se presentan causales eximentes de responsabilidad.

PRONUNCIAMIENTO EXPRESO DE LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA:

Si bien no se estableció un acápite referente a las pretensiones, pero con el fin de no dejar ningún tipo de duda al respecto. Vale la pena anunciar que me opongo a la totalidad del llamamiento en garantía, por cuanto cómo se reiteró a lo largo de la presente contestación y en la contestación al llamamiento, no es procedente el llamamiento en garantía. Lo anterior, por cuanto quedó demostrado que la póliza por las cuales se ejerció la vinculación de mi prohijada no se realizó el riesgo amparado ya que no le asiste responsabilidad al Hospital quien fue enteramente diligente en la atención de la paciente.

Sin perjuicio de lo anterior, también quedó demostrado que no se vislumbran los elementos sine qua non, que imperativamente deben reunirse para predicar la responsabilidad médica o falla en el servicio, como también quedó demostrado que no existe prueba de los daños incoados por el demandante, ni una causalidad entre la gestión del Hospital Universitario del

Valle y la generación de aquellos en caso de que dentro del proceso lleguen a probarse. Máxime que también acaecieron causales eximentes de responsabilidad.

En atención a que al proceso se vincularon dos pólizas, en caso que el despacho no excluya la póliza que no tiene cobertura temporal, a continuación, se formulan para ambas pólizas las siguientes:

EXCEPCIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

1. **NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LAS PÓLIZAS DE SEGURO No. 022087367/0 y 022425835/0.**

Se establece que el objeto de la cobertura del amparo del seguro, fue analizado como parte de la órbita del riesgo asegurado, la responsabilidad en que incurra el Hospital Universitario del Valle de forma exclusiva de la siguiente manera:

"Amparo

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

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

Con sustento en la prueba documental que acompaña el presente litigio, se puede evidenciar, que indefectiblemente la gestión médica ejecutada por el Hospital asegurado, no tuvo ningún tipo de relación con el fallecimiento, sino que la prestación del servicio médico, conforme se observó en la documentación del caso fue completamente oportuna, perita y diligente, con apego a la lex artis médica y propendió siempre por el bienestar de la paciente, al brindar atención paliativa a sus afecciones de salud que le aquejaban, así como definir el tratamiento médico donde se halló necesario el examen de arteriografía al ser de suma complejidad y no contar con los medios para hacerlo, que no permitió brindar una atención especializada, dado que no contaba con los medios posibles para ello su mismo nivel no lo permite.

Sobre este aspecto, se abordó suficientemente que el Hospital desde el momento del ingreso del 25 de julio de 2017 de la paciente, hizo el ingreso advirtió que no contaba con la posibilidad de hacer el examen y solicito de manera inmediata la remisión.

A pesar de la imposibilidad de brindar atención médica para la realización de la arteriografía, se logró acreditar la diligencia, la pericia y la oportunidad con que obraron los Galenos del Hospital Universitario al desarrollar un conjunto de actividades médicas de las que se obtuvo el bienestar de la paciente, pero que indudablemente debía ser complementado con el traslado y la práctica de la arteriografía correspondiente, que nunca se dio por causas ajenas a la voluntad y responsabilidad del Hospital Asegurado.

Por lo anterior, al confirmarse la debida diligencia del Hospital asegurado, desprovista de cualquier culpa, el riesgo amparado con el seguro no ocurrió, pues la actuación de los galenos adscritos a esa institución no se genera ninguna clase de responsabilidad civil profesional que pueda ser cubierta con cargo a la póliza expedida, en la medida que esta es completamente desvirtuada al calificar su actuación profesional y diligente.

Así entonces, es claro que no se reúnen los elementos para que se estructure la responsabilidad que pretende endilgarse a la parte pasiva, en vista que, para ser declarada la responsabilidad en cabeza de los demandados, especialmente con el Hospital asegurado, pues no basta con la simple formulación del cargo en su contra, sino con la comprobación de los tres elementos fundamentales para comprobar la responsabilidad extracontractual: falla, el daño antijuridico y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda, de acuerdo al régimen de responsabilidad médica que es de culpa probada. Máxime, que la culpabilidad también se encuentra enervada por el acaecimiento de dos causales eximentes de responsabilidad, tendido de una ladi la culpa exclusiva de la víctima y el hecho de un tercero.

En tal virtud, la carga de la prueba es de quien alegue un hecho del que pretenda derivar consecuencias jurídicas y/o económicas y en este caso no se ha acreditado ni la culpa que pretende atribuírsele al Hospital Universitario del Valle del Cauca Evaristo García E.S.E., ni mucho menos la relación con el perjuicio alegado. En consecuencia, como en efecto no se estructura la responsabilidad que pretende endilgarse al Hospital asegurado, no nace la obligación indemnizatoria a cargo de la compañía que represento.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador nace en cuanto si se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, ósea, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de las pólizas de Seguro No. 022087367/0 y **022425835/0**, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito de los amparos, a la definición

contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc. Al respecto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por Aseguradora en virtud del artículo 1056 del C. Cio., los valores asegurados para cada uno de los amparos y demás condiciones pactadas en el contrato de seguros, etc.

En efecto, la compañía de seguros ampara la responsabilidad profesional en la que de acuerdo con la ley incurra el asegurado, la cual se haya derivado de una acción u omisión del asegurado y que haya causado un daño material o lesión personal. Sin embargo, la parte actora no pudo demostrar la ocurrencia de los supuestos perjuicios que tuvieron como causa de una acción u omisión por parte del Hospital Universitario del Valle del Cauca ESE, por el contrario, la actuación de dicha institución fue diligente y experta que se le brindó a la señora Aracely Sánchez procurando salvaguardar su vida.

Debe entonces tenerse en cuenta que no existe un nexo de causalidad entre los perjuicios que presuntamente sufrió la parte actora, y la actividad médica ejercida por el Hospital Universitario del Valle del Cauca.

Conforme lo anterior, solicito comedidamente declarar probada la presente excepción.

2. **AUSENCIA DE COBERTURA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CUALQUIER OTRA ENTIDAD DISTINTA AL ASEGURADO FRENTE A LAS PÓLIZAS DE SEGURO No. 022087367/0 y 022425835/0.**

En cuanto al alcance y cobertura de los contratos de seguro contenidos en la **Póliza de Responsabilidad Civil Profesional No.** 022087367/0 y **022425835/0,** son un seguro de responsabilidad civil extracontractual diseñado para amparar los perjuicios en que incurra frente a terceros con motivo de determinada responsabilidad civil profesional, como consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, presentados durante la vigencia dentro de los predios asegurados.

En dichos contratos de seguros, se estableció como tomador y asegurado el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE DEL CAUCA EVARISTO GARCÍA, quien con la emisión del seguro amparo su responsabilidad civil frente a terceros por la responsabilidad en que pueda incurrir.

De conformidad con lo anterior, resulta evidente que en el presente proceso se busca declarar la responsabilidad civil extracontractual de las entidades que intervinieron en la atención médica de la menor (QEPD), con quienes mi representada no tiene ninguna clase de relación, exceptuando al Hospital Universitario del Valle quien tiene la calidad de asegurado en las Pólizas de seguro No. 022087367/0 y **022425835/0**, pero brindó la atención médica totalmente diligente, experta e idónea.

Adicionalmente, se recuerda que son parte del contrato de seguro según el Código de Comercio Colombiano, el tomador y la aseguradora, con sustento en la normatividad comercial en su artículo 1037: de la siguiente manera:

> *"ARTÍCULO 1037. PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO. Son partes del contrato de seguro:*
>
> ***1.*** *El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y*
>
> **2.** *El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos."* (Subrayado y en cursiva fuera del texto original)

Así mismo, quien tiene la calidad de asegurado del contrato de seguro, es el Hospital Universitario del Valle, como se dejó definido en la carátula de la póliza d la siguiente manera:

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales		
Tomador del Seguro:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co	NIT: 8903034612
Asegurado:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co	NIT: 8903034612

Así las cosas, al establecer en el estudio del presente caso que de quien se cuestiona la responsabilidad civil, hay otra institución distinta a la Asegurada quien tiene cobertura con las **Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional No.** 022087367/0 y **022425835/0,** dichas garantías no pueden hacerse efectivas en el caso de que se llegue a declarar la responsabilidad para alguno de aquellos que fungen en el proceso como demandados que no sea el asegurado.

Por lo expuesto, comedidamente se solicita al despacho declarar probada la presente excepción.

3. EXCLUSIÓN DE COBERTURA DERIVADO DE INOBSERVANCIAS DE DISPOSICIONES LEGALES O NORMAS TÉCNICAS E INCUMPLIMIENTOS DE

OBLIGACIONES PARA MANTENER LOS EQUIPOS EN PERFECTO ESTADO PACTADAS EN LAS PÓLIZAS No. 022087367/0 y 022425835/0.

En primer lugar, es esencial aclarar que las compañías aseguradoras están en su derecho de escoger a su arbitrio, atendiendo a las restricciones legales, qué riesgos amparan y cuáles no. De hecho, esta facultad nace del artículo 1056 del Código de Comercio que consagra lo siguiente:

> *"**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."*

De esta forma es claro que la compañía aseguradora está en su derecho de establecer qué riesgos son a los que dará cobertura y a cuáles no. Es en este sentido, como se explica, que al suscribir el contrato aseguraticio respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, de tal manera que su obligación condicional sólo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes.

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos, y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

> *(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento "de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.*
>
> *Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo*

contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (…) ". (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así, con el objetivo de procurar por un correcto entendimiento de la presente excepción, resulta esencial analizar el tenor literal de dicho contrato de seguro, específicamente en sus condiciones generales, en donde se indican cuáles son las exclusiones de la Póliza en mención:

*"**CONDICIÓN SEGUNDA. -EXCLUSIONES.***

GENERALES

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

(…)

- ***Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales."*** (Negrilla propia).

(…)

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

(…)

*"**17**. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:*

*a. **Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y***

b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento*." (Negrilla propia).*

De conformidad con lo anterior es claro que la póliza de referencia no ampara situaciones, daños o costos que hayan sido derivados de la inobservancia de disposiciones legales o normas técnicas de las cuales se haya apartado o incumplido el Hospital Universitario del Valle del Cauca, así como del incumplimiento de la obligación de mantener los equipos en perfectas condiciones de acuerdo con las disposiciones del fabricante y tomar las medidas a su alcance para mantenerlos en buenas condiciones de funcionamiento.

En tal consideración en el remoto y eventual caso de haberse presentado un error en la prestación del servicio médico resultaría de no aplicar las normas técnicas y/o disposiciones legales que rigen el asunto, así como de incumplir las obligaciones de mantener los equipos en perfectas condiciones se confirma que la póliza no está llamada a cubrir el presente asunto.

Considerando lo anterior, en caso de hallar algún incumplimiento de las normas técnicas, exigencias legales sobre mantenimientos y características técnicas del Electrobisturí e incumplimiento de mantener los equipos en perfecto estado, esta situación representaría la configuración de las exclusiones de cobertura de las Pólizas No. **022087367/0 y 022425835/0** jamás ha asumido cobertura.

4. EN EL EVENTUAL E HIPOTÉTICO CASO QUE SE LLEGUE A DETERMINAR RESPONSABILIDAD ALGUNA EN LA REMISIÓN DEL PACIENTE, ESE NO CORRESPONDE A UN RIESGO ASUMIDO POR LA ALLIANZ SEGUROS S.A.

Esta excepción se sustenta en que mi representada sólo está obligada a responder por el riesgo amparado, al tenor de las obligaciones expresamente estipuladas en las pólizas, luego no puede entenderse comprometido al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados por el tomador.

El objeto del contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional No. 022087367/0 y **022425835/0**, según su condicionado es *"amparar los perjuicios en que incurra frente a terceros con motivo de determinada responsabilidad civil profesional, como consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, presentados durante la vigencia dentro de los predios asegurados*", pero en este caso concreto, como no se estructuró la responsabilidad civil extracontractual del ente territorial, no se realizó el riesgo asegurado y por ende las pólizas carecen de amparo.

No obstante, en caso de llegarse a determinar algún tipo de responsabilidad en la remisión de la paciente a cargo del Hospital Universitario del Valle, tal situación no corresponde a un riesgo

asumido por ALLIANZ SEGUROS S.A., y en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio, no se puede generar ninguna clase de obligación indemnizatorio por riesgos que no fueron asumidos. Para mayor comprensión se transcribe el parte de la norma:

> ***"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."*

Se tiene claro entonces que, dentro del objeto de la cobertura del amparo, NO fue analizado como parte de la órbita del riesgo asegurado ya que el hecho del traslado no comporta un acto médico, la responsabilidad en que incurra el asegurado con ocasión de los traslados o remisiones, sino simplemente de la atención o servicio médico que preste la institución médica Hospital Universitario del Valle.

Por lo expuesto, comedidamente se solicita al despacho declarar probada la presente excepción.

5. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA No. 022087367/0.

Una vez verificadas las condiciones de cobertura de la póliza No. **022087367/0**, es preciso aclarar al despacho, que ese contrato del seguro para el momento de su activación de cobertura frente al hito temporal ya había terminado su vigencia.

El periodo de vigencia pactado para el contrato de seguro No. **022087367/0**, de desde el 01/05/2016 hasta el 31/12/2016, como se observa en el siguiente aparte de las condiciones del seguro:

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales	
Tomador del Seguro:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR NIT: 8903034612 CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co
Asegurado:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR NIT: 8903034612 CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 022087367 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 30/04/2017 hasta las 24:00 horas del 31/10/2017.

Documento: *Fragmento Condiciones del Contrato de Seguro Póliza 022087367/0, página 5.*

Transcripción parte esencial: ***"Póliza y duración: Duración: Desde las 00:00 horas del 30/04/2017 hasta las 24:00 horas del 31/10/2017." (…)***
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Sobre ese particular de la temporalidad de la cobertura, es importante para este caso es la transcripción de la modalidad de cobertura Claims Made incorporada en las condiciones de la póliza visible a folio 6 de las condiciones de la misma, de la siguiente manera:

*"**CLAIMS MADE***
AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE
***Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza**, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por lo cuales el asegurado sea civilmente responsable."* (Negrilla y subrayado se resalta).

El riesgo amparado en el presente caso corresponde a *"La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico quirúrgico, dental de enfermería, laboratorio o asimilados (…)*"[14], para la póliza en comento.

Sin embargo, tal como pudo observarse ese aspecto va atado a la condición de cobertura temporal CLAIMS MADE, en la que se amparan las **reclamaciones** hechas al Asegurado o Asegurador, dentro de la vigencia de la póliza.

La reclamación efectuada por los demandantes, fue realizada con la solicitud de conciliación extrajudicial el 22 de agosto de 2019, no obstante, el seguro 022087367/0 desde el 31/10/2017, quedando claro que la reclamación fue hecha cuando el seguro había fenecido.

En tal virtud, de ninguna manera puede hacerse efectivo el contrato de seguro No. 022087367/0 al practicarse la reclamación por fuera de la vigencia pactada para el seguro.

Por lo expuesto, comedidamente se solicita al señor(a) Juez declarar probada la presente excepción.

[14] Condiciones del Contrato de Seguro 022087367/0, página 15.

6. **LA AFECTACIÓN DEL SEGURO VULNERARÍA EL PRINCIPIO MERAMENTE INDEMNIZATORIO DEL CONTRATO DE SEGUROS.**

En este punto se debe destacar, que el reconocimiento del pago de alguna indemnización vulneraria por completo el Principio Indemnizatorio de Contrato de Seguros contenido en el artículo 1088 del Código de Comercio, donde se establece que el contrato de seguro es un contrato de mera indemnización y no podrá constituir una fuente de enriquecimiento, de la siguiente manera:

> ***"ARTÍCULO 1088. <CARÁCTER INDEMNIZATORIO DEL SEGURO>.*** *Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso".*

Así las cosas, resulta evidente que el hecho de conceder cualquier tipo de reconocimiento a la parte accionante generaría una clara vulneración a las normas comerciales que rigen la actividad aseguraticia, en la medida que las pretensiones de la demanda no tienen ningún tipo de fundamento fáctico y los perjuicios que se alegan en el proceso, no se encuentran debidamente probados y no se podrán sustentar, en la medida que son inexistentes.

Así las cosas, ante la ausencia de un daño, el hecho de acceder a algún tipo de pago de las peticiones del demandante, claramente la función indemnizatoria del seguro quedaría desnaturalizada, derivando en una fuente de enriquecimiento sin causa.

Por lo expuesto, comedidamente se solicita al despacho declarar probada la presente excepción.

7. **EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.**

En gracia de discusión, en el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que las Pólizas que hoy nos ocupan sí prestan cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que, en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de ALLIANZ SEGUROS S.A., exclusivamente bajo esta hipótesis, el juzgador deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

> ***"ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA****. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074".*

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

> "*Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización*"[15] *(Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante que para el presente caso se estableció en la suma de $1.000.000.000, y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda en razón de la porción de riesgo asumido.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y operan de forma clara las exclusiones pactadas, en todo caso, dicha póliza contiene un límite del valor asegurado que deberá ser tenido en cuenta por el Despacho en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

---

[15]Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

8. DEDUCIBLE PACTADO EN LAS PÓLIZAS No. 022087367/0 y 022425835/0.

Así mismo, ante cualquier reclamación presentada contra el asegurado con independencia de la causa o de la razón de su presentación se pactó para la Póliza no. **022087367/0** un deducible del 15% sobre el valor de la perdida, mínimo $10 SMMLV tal como se señaló en la página 11 del condicionado:

En cambio, para la Póliza No. **022425835/0** se pactó 20% de la pérdida, mínimo $10.000.000 toda y cada pérdida, tal como se mencionó en la página 30 del condicionado.

Así las cosas, en el hipotético y remoto evento que se establezca responsabilidad en cabeza del ASEGURADO (únicamente), debe tenerse en cuenta, que el límite del valor asegurado total es $1.000.000.000 y respecto del mismo debe descontarse el deducible, que asciende así:

(i) Para la Póliza **022087367/0** un deducible del 15% del valor de la pérdida o mínimo de 10 SMMLV ($9.085.260), que es la porción del riesgo que en virtud de contrato de seguro debe asumir el asegurado, de manera que, solamente en el evento en que el 15% de la pérdida constituya una suma menor que el equivalente a 10 SMMLV, el deducible a cargo del asegurado será igual a 10 SMMLV o ($9.085.260 PARA EL AÑO 2021).

(ii) Para la póliza **022425835/0** un deducible del 20% del valor de la pérdida o mínimo DIEZ MILLONES DE PESOS $10.000.000, que es la porción del riesgo que en virtud de contrato de seguro debe asumir el asegurado, de manera que, solamente en el evento en que el 20% de la pérdida constituya una suma menor que el equivalente a $10.000.000, el deducible a cargo del asegurado será igual a $10.000.000.

9. GENÉRICA.

Finalmente propongo como excepción genérica, cualquier circunstancia que llegare a ser probada a lo largo del presente proceso incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, art 1081.

IV. SOLICITUDES Y CONDENAS

Con sustento en las excepciones planteadas en la presente contestación de la Demanda y el Llamamiento en Garantía formulado se solicita lo siguiente:

1. Que se nieguen las pretensiones formuladas en la Demanda y el Llamamiento en Garantía, ante la claridad probatoria brindada en la Historia Clínica y las Condiciones de las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional No. **022087367/0** y **022425835/0**.

2. Que se declare que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional No. **<u>022087367/0</u>** no tiene vigencia temporal para amparar los hechos materia del litigio.
3. Que se declaren probadas la totalidad de las excepciones formuladas en el presente escrito de contestación.
4. Se declare que Allianz Seguros S.A. no está obligado a indemnizar.
5. Se condene a la parte demandante al pago de costas y agencias en derecho.

V. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL DEMANDANTE.

FRENTE A LAS PRUEBAS SOLICITADAS:

El demandante debió acreditar por los medios el cumplimiento de su carga de recaudar la prueba para ser aportada en el proceso mediante el derecho de petición como la hubiera podido conseguir, de lo contrario solicito señor juez sea rechazada la solicitud de tales pruebas, en la medida que el demandante no cumple con los requerimientos establecidos en el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, que se establece de la siguiente manera:

> *"**ARTÍCULO 78. DEBERES DE LAS PARTES Y SUS APODERADOS.** Son deberes de las partes y sus apoderados:*
> *(…)*
> *10. Abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir".*

Adicionalmente, el Código General del Proceso establece la prohibición de ordenar la práctica de pruebas que la parte haya podido conseguir directamente o por medio de derecho de petición, de la siguiente manera:

> ***"ARTÍCULO 173. OPORTUNIDADES PROBATORIAS.** Para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código."*
>
> *En la providencia que resuelva sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado. **<u>El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite</u>**, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente".*

Así entonces, se tiene que al no acreditarse por parte del demandante el cumplimiento del requisito establecido por la ley procesal para que el despacho pueda oficiar el documento, no existe alternativa que rechazar la solicitud.

VI. PRUEBAS:

A. <u>Documentales que se allegan:</u>

- Por economía procesal, se solicita al Honorable Despacho se tengan como pruebas los documentos que fueron aportados por las partes al expediente con la demanda y la contestación de esta.

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional No. **<u>022087367/0</u>** - Condiciones del Contrato de Seguro.

- Póliza de Responsabilidad Civil Profesional No. **<u>022425835/0</u>** - Condiciones del Contrato de Seguro.

B. Las que se solicitan

1. <u>Interrogatorio de parte:</u>

1.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **ARACELY SÁNCHEZ MOSQUERA**, en su calidad de Accionante y representante legal del menor William Ordoñez Sánchez, a fin de que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

1.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **JESSICA TATIANA ORDOÑEZ SÁNCHEZ**, en su calidad de Accionante, a fin de que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

1.3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **JHON ALEJANDRO ORDOÑEZ SÁNCHEZ**, en su calidad de Accionante, a fin de que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

1.4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **EMILE CAROLINA SÁNCHEZ MOSQUERA**, en su calidad de Accionante, a fin de que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

1.5. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **LUZ ARELI SÁNCHEZ MOSQUERA**, en su calidad de Accionante, a fin de que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

1.6. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **LENIS SÁNCHEZ MOSQUERA**, en su calidad de Accionante, a fin de que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

1.7. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **ARLEY SÁNCHEZ MOSQUERA**, en su calidad de Accionante, a fin de que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

1.8. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **INES MOSQUERA IBARRA**, en su calidad de Accionante, a fin de que absuelva el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

2. TESTIMONIOS

2.1. Sírvase citar y hacer comparecer al profesional en medicina **HAROLD ANTONIO HERNÁMDEZ TACURÍ**, en su calidad de médico general quien participó en la atención médica brindada a la paciente Aracely Sánchez, para que desde su experticia profesional e intervención declare sobre las circunstancias que giraron en torno a la prestación del servicio de salud requerido por la paciente.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones de salud y actuaciones médicas brindadas a la paciente Aracely Sánchez.

El profesional podrá ubicarse en la Calle 5 No. 36 – 08 en la ciudad de Cali. Al correo electrónico: notificacionesjudicicales@huv.gov.co

2.2. Sírvase citar y hacer comparecer al profesional en medicina **DIEGO RIVERA ARBELÁEZ**, en su calidad de médico especialista en Cirugía Vascular Periférica,

quien participó en la atención médica brindada a la paciente Aracely Sánchez, para que desde su experticia profesional e intervención declare sobre las circunstancias que giraron en torno a la prestación del servicio de salud requerido por la paciente.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones de salud y actuaciones médicas brindadas a la paciente Aracely Sánchez.

El profesional podrá ubicarse en la Calle 5 No. 36 – 08 en la ciudad de Cali. Al correo electrónico: notificacionesjudicicales@huv.gov.co

2.3. Sírvase citar y hacer comparecer al profesional en medicina **MARIO ALAIN HERRERA TOBÓN**, en su calidad de médico especialista en Cirugía General, quien participó en la atención médica brindada a la paciente Aracely Sánchez, para que desde su experticia profesional e intervención declare sobre las circunstancias que giraron en torno a la prestación del servicio de salud requerido por la paciente.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones de salud y actuaciones médicas brindadas a la paciente Aracely Sánchez.

El profesional podrá ubicarse en la Calle 5 No. 36 – 08 en la ciudad de Cali. Al correo electrónico: notificacionesjudicicales@huv.gov.co

2.4. Sírvase citar y hacer comparecer al profesional en medicina **DEVIN CORREA ARANDA**, en su calidad de médico general quien participó en la atención médica brindada a la paciente Aracely Sánchez, para que desde su experticia profesional e intervención declare sobre las circunstancias que giraron en torno a la prestación del servicio de salud requerido por la paciente.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones de salud y actuaciones médicas brindadas a la paciente Aracely Sánchez.

El profesional podrá ubicarse en la Calle 5 No. 36 – 08 en la ciudad de Cali. Al correo electrónico: notificacionesjudicicales@huv.gov.co

2.5. Sírvase citar y hacer comparecer al profesional en medicina **ROBERTO JOSÉ DULCE GUERRA**, en su calidad de médico especialista en Ortopedia y Traumatología, quien participó en la atención médica brindada a la paciente Aracely

Sánchez, para que desde su experticia profesional e intervención declare sobre las circunstancias que giraron en torno a la prestación del servicio de salud requerido por la paciente.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones de salud y actuaciones médicas brindadas a la paciente Aracely Sánchez.

El profesional podrá ubicarse en la Calle 5 No. 36 – 08 en la ciudad de Cali. Al correo electrónico: notificacionesjudicicales@huv.gov.co

2.6. Sírvase citar y hacer comparecer al profesional en medicina **CARLOS ALBERTO BARRERA LIBREROS**, en su calidad de médico especialista en Medicina Interna, quien participó en la atención médica brindada a la paciente Aracely Sánchez, para que desde su experticia profesional e intervención declare sobre las circunstancias que giraron en torno a la prestación del servicio de salud requerido por la paciente.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones de salud y actuaciones médicas brindadas a la paciente Aracely Sánchez.

El profesional podrá ubicarse en la Calle 5 No. 36 – 08 en la ciudad de Cali. Al correo electrónico: notificacionesjudicicales@huv.gov.co

2.7. Sírvase citar y hacer comparecer al profesional en medicina **CAROLINA ROJAS CEBALLOS**, en su calidad de médico general quien participó en la atención médica brindada a la paciente Aracely Sánchez, para que desde su experticia profesional e intervención declare sobre las circunstancias que giraron en torno a la prestación del servicio de salud requerido por la paciente.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones de salud y actuaciones médicas brindadas a la paciente Aracely Sánchez.

El profesional podrá ubicarse en la Calle 5 No. 36 – 08 en la ciudad de Cali. Al correo electrónico: notificacionesjudicicales@huv.gov.co

VII. ANEXOS

- Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali, donde se acredita el poder general.

VIII. NOTIFICACIONES

1. A mí representada, ALLIANZ SEGUROS S.A. en la Carrera 13A N° 29 – 24 de la ciudad de Bogotá. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co

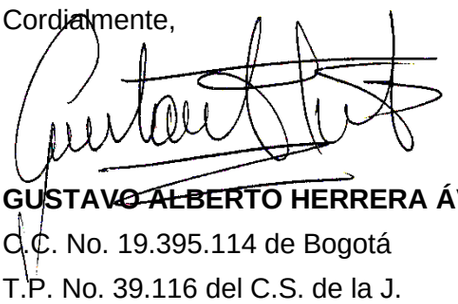
2. Al suscrito, en la Carrera 11A No. 94A – 56 Oficina 402 de la ciudad de Bogotá. Correo Electrónico notificaciones@gha.com.co

3. La parte demandante recibirá notificaciones en la Calle 17 No. 4 – 68 Edificio Proas en la ciudad de Bogotá D.C. Al correo electrónico: moismora51@yahoo.com

4. La parte demandante recibirá notificaciones en la Calle 5 No. 36 – 08 en la ciudad de Cali. Al correo electrónico: notificacionesjudicicales@huv.gov.co

Del señor Juez,

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No. 19.395.114 de Bogotá
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022087367 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

04 de Mayo de 2017

Tomador de la Póliza

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR

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

Atentamente

GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....15

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....15

Capítulo III - Siniestros.....23

PRELIMINAR

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

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

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

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR NIT: 8903034612 CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co
Asegurado:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR NIT: 8903034612 CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co
Póliza y duración:	Póliza nº: 022087367 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 30/04/2017 hasta las 24:00 horas del 31/10/2017. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
	Renovable a partir del 31/10/2017 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A. Clave: 1067259 CL 13 CR 101 - 71 CALI NIT: 8050038017 Teléfonos: 3120202 0 E-mail: tecnicogenerales@gonseguros.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CALLE 5 NO. 36 - 08 .

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Otras Clínicas

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	1.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	1.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	209,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	193,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 28/04/2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

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

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

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
10.RC. Profesional	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	60.000.000,00	60.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1067259	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Actividad Asegurada: HOSPITAL

CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS OBLIGATORIAS

INTERES ASEGURADO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro establecimiento 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 pesonas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigecia de la presente póliza.

COBERTURAS

COBERTURAS LIMITE ASEGURADO
EVENTO VIGENCIA
$1.000.000.000
Responsabilidad civil medica
Uso de Equipos de Diagnostico y Terapia
Errores u omisiones Profesionales
Predios labores y operaciones

Gastos judiciales Para procesos cuya pretensión no supere 50 SMMLV gastos de defensa por evento de $3.000.000.

Para procesos cuya pretensión supere 51 SMMLV Gastos de defensa por evento de $5.000.000 S100.000.000

Cobertua de Gastos Médicos $5.000.000 $60.000.000

Perjuicios extrapatrimoniales al 100%

COBERTURA:

AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.

(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la
Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

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

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

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la

Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el

Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

(a) Un (1) año: 120%

(b) Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO: Por medio de la presente cláusula, la (s) Compañía(s) Aseguradora(s) declara (n) que conocen los riesgos y por consiguiente dejan constancia del conocimiento y aceptación de las circunstancias y condiciones de los mismos. En consecuencia de lo anterior, los proponentes no podrán en ningún caso, oponer excepciones, ni formular objeciones fundamentadas en la circunstancia de no haber llevado a cabo la visita de inspección de los bienes o en el desconocimiento de los mismos.

AMPARO AUTOMATICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES RELACIOANDOS CON LA
ACTIVIDAD DEL ASEGURADO : Queda establecido y convenido por la presente cláusula, que este contrato de seguro se extiende a cubrir automáticamente operaciones adicionales o cambio de operaciones, realizadas en el predio descrito en la póliza siempre y cuando éstas no sean diferentes al giro de negocio del asegurado aceptado bajo esta póliza. También se hace extensivo a otras propiedades o bienes sobre los cuales el asegurado haya adquirido el dominio o control, a bienes tomados en arrendamiento o a cualquier otro titulo para su uso, situados dentro o fuera de los predios del asegurado.
ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES : El tomador esta obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por la compañía, la hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si el

tomador incurriere en errores, omisiones o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el contrato de seguro al cual se adhiere este documento no será nulo, ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del Art. 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En ese caso, se deberá pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo: la cual será calculada a la (s) tasa (s) establecida (s) en la (s) póliza (s) a prorrata y en las mismas condiciones en que viene suscrito el riesgo.
ADHESION: Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales y particulares de la póliza, que presenten un beneficio a favor del ASEGURADO, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza siempre que el cambio no implique un aumento en la prima originalmente pactada, Previo acuerdo con Allianz.
MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO: Se amparan automaticamente los nuevos
predios y oficinas durante el periodo de la poliza sin cobro de prima, siempre que estos se encuentren dentro del limite territorial establecido y mientras se mantengan como minimo las mismas protecciones de seguridad informadas a los reasegiuradores bajo los terminos acordados, con cobro adicional de prima

DEDUCIBLE

TODAS LAS COBERTURAS:15% de la pérdida, mínimo 10 SMMLV, toda y cada pérdida
GASTOS MEDICOS:SIN DEDUCIBLESin aplicación de deducible

Liquidación de Primas — Nº de recibo: 881412797

Período: de 30/04/2017 a 31/10/2017
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	225.551.247,00
IVA	42.854.737,00
IMPORTE TOTAL	**268.405.984,00**

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Asesor GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.
Teléfono/s:3120202 0
También a través de su e-mail: tecnicogenerales@gonseguros.com.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE-EVARISTO GAR	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.	Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

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

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

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

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y

utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

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

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

Gastos Cubiertos:

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

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

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

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

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

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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

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

obligación de:

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

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

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

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

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

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en

arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

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

GASTOS MEDICOS

Amparo
Se cubren los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO** frente a terceros víctimas de una lesión personal sufrida durante el desarrollo de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo que puedan eventualmente estar cubiertos por esta póliza, así posteriormente se concluya que no estaba comprometida la responsabilidad civil del asegurado; incurridos durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro; para la prestación de primeros auxilios que se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de la lesión personal.

La cobertura brindada por este amparo es de carácter humanitario y de ninguna manera podrá interpretarse como aceptación alguna de responsabilidad por parte de la compañía, ni requiere prueba de responsabilidad civil del asegurado frente a la víctima o víctimas.

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

Primeros Auxilios: Se entienden por primeros auxilios, los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad destinados a salvar la vida de una persona.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a

concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

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

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

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

RECLAMACION.

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

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

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

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

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

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

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

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

DEDUCIBLE.

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

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

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

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

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

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

DEFINICIONES.

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

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

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

6. LIMITE ASEGURADO.

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

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

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

7. PRIMA

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

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

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

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la

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

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

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

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

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

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

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

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

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

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

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

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

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

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

DERECHOS DE INSPECCIONES

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

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

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

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. NOTIFICACIONES

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

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

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

19. DOMICILIO

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

CLAUSULAS ADICIONALES

Anticipo De Indemnz Previa Demost De Cuantía Y Ocurrencia Del Siniestro

La Compañía anticipará un _____% del valor de la reclamación, una vez se haya demostrado de la ocurrencia y cuantía del siniestro por parte del asegurado.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.

NIT: 8050038017
CL 13 CR 101 - 71
CALI
Tel. 3120202
E-mail: tecnicogenerales@gonseguros.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

05-05-2017 01:02:03 03101100222O|00CO52 CE54148 1067259

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022425835 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

27 de Marzo de 2019

Tomador de la Póliza

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G

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

Atentamente

GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....11

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

Capítulo III - Siniestros.....19

PRELIMINAR

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

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

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

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co	NIT: 8903034612
Asegurado:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G CALLE 5 NO. 36 - 08 . CALI Teléfono: 6206000 Email: mgiraldo@huv.gov.co	NIT: 8903034612
Beneficiario/s:	NUIP:9999999999 TERCEROS AFECTADOS	
Póliza y duración:	Póliza nº: 022425835 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 22/03/2019 hasta las 24:00 horas del 31/12/2019. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.	
	Renovable a partir del 31/12/2019 desde las 24:00 horas.	
Intermediario:	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A. Clave: 1067259 CL 13 CR 101 - 71 CALI NIT: 8050038017 Teléfonos: 3120202 0 E-mail: tecnicogenerales@gonseguros.com.co	

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CALLE 5 NO. 36 - 08 .

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Otras Clínicas
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	1.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	1.000.000.000,00
Especialidad	Anestesiólogos, ginecólogos, ginecoobstetras
Numero de medicos	209,00
Grupo	A
Especialidad	Anestesiólogos, ginecólogos, ginecoobstetras
Numero de medicos	193,00
Grupo	B

Ambito Temporal

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

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

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

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
10.RC. Profesional	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00
22.Gastos Médicos	20.000.000,00	200.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1067259	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Liquidación de Primas — Nº de recibo: 891826011

Período: de 22/03/2019 a 31/12/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	442.960.274,00
IVA	84.162.452,00
IMPORTE TOTAL	**527.122.726,00**

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Asesor GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.
Teléfono/s:3120202 0
También a través de su e-mail: tecnicogenerales@gonseguros.com.co
Sucursal: CALI 2

Urgencias y Asistencia

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones, El Tomador HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO G	GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.	Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones, Allianz Seguros S.A.

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

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

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

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

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios

profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

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

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

Gastos Cubiertos:

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

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

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

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

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

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

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

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines

diferentes al diagnóstico o a la terapia.

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

los fabricantes; y

b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

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

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

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

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus

actividades normales en relación con:

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

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

GASTOS MEDICOS

Amparo
Se cubren los gastos médicos en que incurra el **ASEGURADO** frente a terceros víctimas de una lesión personal sufrida durante el desarrollo de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo que puedan eventualmente estar cubiertos por esta póliza, así posteriormente se concluya que no estaba comprometida la responsabilidad civil del asegurado; incurridos durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro; para la prestación de primeros auxilios que se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de la lesión personal.

La cobertura brindada por este amparo es de carácter humanitario y de ninguna manera podrá interpretarse como aceptación alguna de responsabilidad por parte de la compañía, ni requiere prueba de responsabilidad civil del asegurado frente a la víctima o víctimas.

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

Primeros Auxilios: Se entienden por primeros auxilios, los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas accidentadas o con enfermedad destinados a salvar la vida de una persona.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

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

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

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

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

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

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

RECLAMACION.

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

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

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

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

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

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

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

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

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

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

DEDUCIBLE.

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

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

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

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

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

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

DEFINICIONES.

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

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

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y

perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

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

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

7. PRIMA

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

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

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

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

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

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

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

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

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

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

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

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

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

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

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

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

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

DERECHOS DE INSPECCIONES

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

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.

11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.

11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.

11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

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

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

12. CESIÓN.

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

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que

contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

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

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

14. AMBITO TERRITORIAL

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

15. SUBROGACIÓN

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

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

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

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

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

17. NOTIFICACIONES

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

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

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

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

CLAUSULAS ADICIONALES

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

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

Amparo automático nuevos bienes

En caso de que el asegurado adquiera nuevos bienes el amparo se extenderá automáticamente a esos nuevos bienes hasta un valor máximo de _____, la prima adicional se liquidará con base en la tasa correspondiente, el asegurado deberá dar aviso a la Compañía dentro de los 60 días comunes contados a partir de la fecha de adquisición. En caso de que el aviso no fuere dado oportunamente, el asegurado perderá todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO

Por medio del presente anexo, la Compañía manifiesta que ha inspeccionado los bienes amparados y por consiguiente deja constancia del conocimiento de los hechos y circunstancias sobre los cuales ha versado la inspección, sin perjuicio de la obligación que tiene el asegurado de declarar el estado del riesgo y de avisar cualquier modificación o alteración del mismo, atendiendo a los criterios establecidos en los artículos 1058 y 1060 del Código del Comercio. La Compañía se reserva el derecho de repetir dicha inspección cuantas veces lo juzgue pertinente.

Ampliación de términos de revocación

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

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de 30 días calendario.

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

TOMADOR: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA
ASEGURADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - EVARISTO GARCIA

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS
NIT: 890.303.461-2

PROCESO CONVOCATORIA PÚBLICA No. 015 DE 2019
POLIZA: RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES
VIGENCIA:
Desde el 22 de marzo de 2019 a las 00:00 Horas Hasta el 31 de Diciembre de 2019 a las 24:00 Horas

CONDICIONES MINIMAS REQUERIDAS OBLIGATORIAS

INTERES ASEGURADO
Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro establecimiento 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 pesonas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigecia de la presente póliza.

Responsabilidad civil medica
Uso de Equipos de Diagnostico y Terapia
Errores u omisiones Profesionales
Predios labores y operaciones
Evento / Vigencia $ 1.000.000.000

Gastos judiciales:
Evento $ Sublimite por evento de $20.000.000
vigencia: $ 200.000.000

Cobertura de Gastos Médico:
Evento $20.000.000 Vigencia: $200.000.000

Perjuicios extrapatrimoniales al 100%

COBERTURA:
AMPARO RETROACTIVO: CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de ABRIL 28 DE 2016 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

CONVENIO PARA EL PLAZO DEL PAGO DE LA PRIMA: No obstante cualquier estipulación en contrario, por la presente cláusula se deja establecido que, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 81 de la Ley 45/90 y la Resolución numero 03750 de Diciembre 31/74 de la Superintendencia Financiera, las partes contratantes convienen que las primas causadas por el presente Contrato de seguros y los Certificados o Anexos que se emitan en aplicación al mismo serán

pagadas por EL ASEGURADO en SESENTA (60) días a partir de la fecha en que el respectivo documento sea recibido en sus oficinas, directamente por la Aseguradora y/o por el intermediario de seguros, quien deberá certificar haber recibido a satisfacción las respectivas pólizas en las condiciones contratadas;

Si las pólizas no han sido correctamente elaboradas, el término para el pago solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten en debida forma. La demora en el pago originada por la presentación incorrecta de los documentos requeridos será responsabilidad del contratista y no tendrán por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza o a la aplicación de la terminación del contrato por mora en el pago de la prima."

FORMATO 2 : ACEPTACION CLAUSULAS Y CONDICIONES OBLIGATORIAS

REVOCACIÓN, NO RENOVACIÓN O MODIFICACIONES DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS: La Aseguradora deberá dar aviso por escrito aL ASEGURADO, con una anticipación de TREINTA (30) días, en caso que decida modificar, revocar o no renovar esta póliza y/o alguno de sus amparos adicionales o modificar cualquiera de sus condiciones. En caso de revocación la aseguradora devolverá al asegurado, la proporción de prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la Póliza, liquidada a prorrata.

NOMBRAMIENTO DE AJUSTADOR: En caso de siniestro que afecte las pólizas contratadas y en los que a juicio de la aseguradora se deba asignar Ajustador, dichos Ajustadores no podrán ser asignados unilateralmente por la aseguradora, sino bajo los siguientes parámetros:

Se escogerá al inicio de la vigencia de las pólizas una terna de firmas Ajustadores nominada por EL ASEGURADO y la ASEGURADORA.
Las firmas seleccionadas deberán tener sede principal u oficina similar en la ciudad de Cali.

La asignación del Ajustador proveniente de la terna inicialmente escogida, deberá realizarse dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha del reporte del siniestro y el Ajustador deberá contactar al asegurado y efectuar las visitas correspondientes dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de designación. En caso contrario, se designará otro integrante de la terna preseleccionada.

AVISO DE PÉRDIDA 15 DÍAS: No obstante lo dispuesto en las condiciones la Póliza o en sus anexos, por la presente cláusula se conviene entre las partes, un término TREINTA (30) días HABILES para que el Asegurado de aviso al Asegurador de cualquier evento que afecte a la presente Póliza, contados a partir de la fecha en que haya tenido conocimiento de dicho evento, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.
CONOCIMIENTO DEL RIESGO: Por medio de la presente cláusula, la (s) Compañía(s) Aseguradora(s) declara (n) que conocen los riesgos y por consiguiente dejan constancia del conocimiento y aceptación de las circunstancias y condiciones de los mismos. En consecuencia de lo anterior, los proponentes no podrán en

ningún caso, oponer excepciones, ni formular objeciones fundamentadas en la circunstancia de no haber llevado a cabo la visita de inspección de los bienes o en el desconocimiento de los mismos.

AMPARO AUTOMATICO PARA PREDIOS Y NUEVAS OPERACIONES RELACIOANDOS CON LA
ACTIVIDAD DEL ASEGURADO : Queda establecido y convenido por la presente cláusula, que este contrato de seguro se extiende a cubrir automáticamente operaciones adicionales o cambio de operaciones, realizadas en el predio descrito en la póliza siempre y cuando éstas no sean diferentes al giro de negocio del asegurado aceptado bajo esta póliza. También se hace extensivo a otras propiedades o bienes sobre los cuales el asegurado haya adquirido el dominio o control, a bienes tomados en arrendamiento o a cualquier otro titulo para su uso, situados dentro o fuera de los predios del asegurado.

ERRORES Y OMISIONES NO INTENCIONALES : El tomador esta obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por la compañía, la hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro. Sin embargo, si el tomador incurriere en errores, omisiones o inexactitudes inculpables a él o al asegurado, el contrato de seguro al cual se adhiere este documento no será nulo, ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero del Art. 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En ese caso, se deberá pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo: la cual será calculada a la (s) tasa (s) establecida (s) en la (s) póliza (s) a prorrata y en las mismas condiciones en que viene suscrito el riesgo.
ADHESION: Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales y particulares de la póliza, que presenten un beneficio a favor del ASEGURADO, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza siempre que el cambio no implique un aumento en la prima originalmente pactada, Previo acuerdo con Allianz.
MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO: Se amparan automaticamente los nuevos predios y oficinas durante el periodo de la poliza sin cobro de prima, siempre que estos se encuentren dentro del limite territorial establecido y mientras se mantengan como minimo las mismas protecciones de seguridad informadas a los reasegiuradores bajo los terminos acordados, con cobro adicional de prima
TODAS LAS COBERTURA: 20% DE LA PÉRDIDA, MINIMO COP 15,000,000 TODA Y CADA PERDIDA

GASTOS MEDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A.
Corredor de Seguros
NIT: 8050038017
CL 13 CR 101 - 71
CALI
Tel. 3120202
E-mail: tecnicogenerales@gonseguros.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

28-03-2019 01:06:28 03101100222O|00CO52 CE54848 1067259

Fecha expedición: 15/09/2021 02:54:19 pm

Recibo No. 8205040, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08216XE3FN

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICA

NOMBRE DE LA CASA PRINCIPAL : ALLIANZ SEGUROS SA
NIT NRO :860026182 - 5
DOMICILIO :Bogota Distrito Capital
NOMBRE DE LA SUCURSAL :ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1
DOMICILIO :Cali Valle
DIRECCION NOTIFICACION JUDICIAL :AV. 6 A N 23 - 13
CIUDAD :Cali
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: notificacionesjudiciales@allianz.co
DIRECCIÓN ELECTRÓNICA NOTIFICACIÓN JUDICIAL:notificacionesjudiciales@allianz.co
MATRICULA NRO :178756 - 2

CERTIFICA

QUE EN LOS REGISTROS QUE SE LLEVAN EN ESTA CAMARA DE COMERCIO, FIGURAN INSCRITOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A NOMBRE DE: ALLIANZ SEGUROS SA

CERTIFICA

Por Acta No. 691 del 27 de marzo de 2014, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de agosto de 2014 con el No. 1820 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUBGERENTE SUCURSAL	ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN	C.C.67004161

Por Acta No. 760 del 02 de diciembre de 2019, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 07 de septiembre de 2021 con el No. 1878 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE SUCURSAL	BENITO JOSE FERNANDEZ HEIDMAN	C.C.79317757

Recibo No. 8205040, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08216XE3FN

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICA

Por Escritura Pública No. 1461 del 09 de agosto de 2000 Notaria Septima de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de octubre de 2000 con el No. 247 del Libro V POR MEDIO DE LA CUAL COMPARECIO EL SENOR JOSE PABLO NAVAS PRIETO, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE BOGOTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 2.877.617 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. Y QUE EN TAL CARACTER CONFIERE PODER GENERAL A LA DOCTORA CLAUDIA ROMERO LENIS, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.873.416 EXPEDIDA EN BUGA, PARA QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD PODERDANTE EJERZA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE LOS JUZGADOS, TRIBUNALES SUPERIORES, DE ARBITRAMENTO VOLUNTARIO Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTE O COMO DEMANDADA, COMO COADYUVANTES U OPOSITORES. B. OTORGAR EN NOMBRE DE LA CITADA SOCIEDAD LOS PODERES ESPECIALES QUE SEAN DEL CASO. C. REPRESENTAR A LA MISMA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL. D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O INTERROGATORIOS DE PARTE, ASI COMO ABSOLVER ESTOS, CONFESAR Y COMPROMETER EN ELLOS A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA. E. OBJETAR LAS RECLAMACIONES QUE PRESENTEN LOS ASEGURADOS A LAS SOCIEDADES PODERDANTES. F. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION GENERAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, RECONSIDERACION Y APELACION, TANTO ORDINARIOS COMO EXTRAORDINARIOS. G. REPRESENTAR A LA CITADA SOCIEDAD EN LAS REUNIONES DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS GENERALES DE SOCIOS DE SOCIEDADES EN QUE AQUELLA SEA ACCIONISTA O SOCIA Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACION PARA TALES ASAMBLEAS O JUNTAS, CUANDO SEA EL CASO. H. EN GENERAL LA DOCTORA MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO CONSAGRADO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL MISMO ORDEN. IGUALMENTE QUEDA FACULTADA EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR Y DESIGNAR ARBITROS ASI COMO TAMBIEN PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3231 del 14 de agosto de 2007 Notaria Treinta Y Uno de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de septiembre de 2007 con el No. 112 del Libro V , SE CONFIERE PODER GENERAL A WILLIAM BARRERA VALDERRAMA, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No.91.297.787 DE BUCARAMANGA, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) OBJETAR LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS A LA SOCIEDAD PODERDANTE POR ASEGURADORAS, BENEFICIARIOS Y EN GENERAL, CUALQUIER PERSONA, E IGUALMENTE PRONUNCIARSE SOBRE LAS SOLICITUDES DE RECONSIDERACIÓN DE OBJECIONES QUE SEAN PRESENTADAS A DICHA SOCIEDAD, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES. B) ASISTIR A AUDIENCIAS DE

Recibo No. 8205040, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08216XE3FN

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CONCILIACIÓN Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES QUE COMPROMETAN A LA SOCIEDAD PODERDANTE, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES.

Por Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 2008 con el No. 132 del Libro V COMPARECIO CLAUDIA VICTORIA SALGADO RAMIREZ, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 39.690.201 DE USAQUEN Y MANIFESTO: QUE OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. QUE EN TAL CARÁCTER Y POR MEDIO DE ESTE INSTRUMETO CONFIERE PODER GENERAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS: ALBA INES GOMEZ VELEZ, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 30.724.774 EXPEDIDA EN PASTO Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADA No. 48.637 Y GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 19.395.114 EXPEDIDA EN BOGOTA Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO No. 39.116, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, JUZGADOS, FISCALIAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES DE CUALQUIER TIPO, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LLAMADAS EN GARANTIA, LITISCONSORTES, COADYUVANTES O TERCEROS INTERVINIENTES. B) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL. C) ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD ANTES MENCIONADA LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D) NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN LA SOLICITUD Y PRACTICA DE PRUEBAS ANTICIPADAS, ASI COMO EN DILIGENCIAS DE EXHIBICION DE DOCUMENTOS, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, COMPARECER A ASISTIR Y DECLARAR EN TODO TIPO DE DILIGENCIAS Y AUDIENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PROCESALES O EXTRAPROCESALES, RECIBIR NOTIFICACIONES O CITACIONES ORDENADAS POR JUZGADOS O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTIR Y REPRESENTAR A LAS COMPAÑIAS EN TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, RENUNCIAR A TERMINOS, CONFESAR Y COMPROMETER A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA, QUEDANDO ENTENDIDO QUE LAS NOTIFICACIONES, CITACIONES Y COMPARECENCIAS PERSONALES DE REPRESENTANTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES QUEDARAN VALIDA Y LEGALMENTE HECHAS A TRAVES DE LOS APODERADOS GENERAL AQUÍ DESIGNADOS Y E) EN GENERAL, LOS ABOGADOS MENCIONADOS QUEDAN AMPLIAMENTE FACULTADOS PARA ACTUAR CONJUNTA O SEPARADAMENTE, ASI COMO PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO ESTABLECIDO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES. IGUALMENTE QUEDAN FACULTADOS EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, RECIBIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR, ASI COMO PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Recibo No. 8205040, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08216XE3FN

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 2426 del 09 de julio de 2009 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de julio de 2009 con el No. 121 del Libro V , MEDIANTE EL CUAL SE OTORGA PODER GENERAL A MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS, IDENTIFICADA CON LA C.C. NRO. 38.873.416 DE BUGA CON TARJETA PROFESIONAL NRO. 83061 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA;PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES MENCIONADAS EJECUTE EN EL VALLE DEL CAUCA Y EL CAUCA LOS SIGUIENTES ACTOS: A. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS REFERIDAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, FISCALIAS DE TODO NIVEL, JUZGADOS Y TRIBUNALES DE TODO TIPO, INCLUIDOS TRIBUNALES DE ARBITRAMENTO DE CUALQUIER CLASE, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LITISCONSORTES, COADYUVANTE U OPOSITORES. B. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS SOCIEDADES PODERDANTES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL. C. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS LOS RECURSOS ORDINARIOS TALES COMO REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS RECURSOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D. REALIZAR LAS GESTIONES SIGUIENTES, CON AMPLIAS FACULTADES DE REPRESENTACION: NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O EMANADAS DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, O DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES, DESCORRER TRASLADOS, INTERPONER Y SUSTENTAR RECURSOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS, RENUNCIAR A TERMINOS, ASISTIR A TODA CLAE DE AUDIENCIAS Y DILIGENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES CON VIRTUALIDAD PARA COMPROMETER A LA SOCIEDADES PODERDANTES DE QUE SE TRATE, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDADES QUE REPRESENTE. E. RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3024 del 04 de diciembre de 2014 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de julio de 2015 con el No. 238 del Libro V , COMPARECIÓ ALBA LUCIA GALLEGO NIETO, IDENTIFICADA CON C.C.30278007 DE MANIZALES, MANIFESTÓ: QUE ACTÚA EN SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. QUE POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., (LAS "SOCIEDADES"), EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 263 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CONFIEREN PODER A LOS GERENTES Y SUBGERENTES DE LAS SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES, PARA EJECUTAR, EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, EN EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL SE ENCUENTRE UBICADA LA RESPECTIVA SUCURSAL LOS SIGUIENTES ACTOS:

1. EJECUTAR Y HACER EJECUTAR LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y LAS DECISIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.
2. CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, QUE SEAN

Recibo No. 8205040, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08216XE3FN

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

PROPIOS DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS DE LAS SOCIEDADES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA.
3. PARTICIPAR EN LICITACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, PRESENTANDO OFERTAS, DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO, Y SUSCRIBIENDO LOS CONTRATOS QUE DE ELLAS SE DERIVEN CUALQUIERA SEA SU CUANTÍA.
4. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE LOS RAMOS AUTORIZADOS A CADA UNA DE LAS SOCIEDADES, INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A PÓLIZAS DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO, PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA, PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD, PÓLIZAS DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES, PÓLIZAS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD.
5. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE DISPOSICIONES LEGALES QUE OTORGUE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN EL RAMO DE CUMPLIMIENTO, CUYO ASEGURADO SEA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.
6. RECAUDAR PRIMAS DE SEGUROS Y RECAUDAR CUOTAS CORRESPONDIENTES A LOS CRÉDITOS QUE OTORGUEN LAS SOCIEDADES.
7. FIRMAR OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS A LAS SOCIEDADES SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE ÉSTAS.
8. CUIDAR QUE TODOS LOS VALORES PERTENECIENTES A LA SOCIEDAD Y LOS QUE ÉSTA TENGA EN CUSTODIA, SE MANTENGAN CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS.
9. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, INSPECCIONES DEL TRABAJO, JUZGADOS, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES SUPERIORES, CONTENCIOSO ADMINISTRATIVOS Y DE ARBITRAMENTO.
10. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.
11. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.
12. FIRMAR, FÍSICA, ELECTRÓNICAMENTE O POR CUALQUIER MEDIO QUE ESTABLEZCA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O LAS ADMINISTRACIONES DE ADUANAS E IMPUESTOS TERRITORIALES, LAS DECLARACIONES DE CUALQUIER TIPO DE IMPUESTOS U OBLIGACIONES TRIBUTARIAS QUE ESTÉN A CARGO DE LAS SOCIEDADES.
13. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS DE SOCIOS DE LAS SOCIEDADES EN LAS CUALES LAS SOCIEDADES SEAN ACCIONISTAS O SOCIAS Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN PARA TALES REUNIONES, CUANDO SEA EL CASO.
14. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.
15. FIRMAR TRASPASOS DE VEHÍCULOS QUE SE EFECTÚEN A NOMBRE DE LAS SOCIEDADES Y ADELANTAR ANTE LAS ENTIDADES COMPETENTES TODAS LAS GESTIONES PERTINENTES AL TRÁMITE DE LOS MISMOS SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE LAS SOCIEDADES.
16. CUMPLIR LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.

Recibo No. 8205040, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08216XE3FN

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICA

Demanda de:ADELAISY VALENCIA MUÑOZ Y OTROS
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:ORDINARIO
Documento: Oficio No.496 del 29 de agosto de 2014
Origen: Juzgado 3 Civil Del Circuito Descongestion de Cali
Inscripción: 01 de octubre de 2014 No. 1966 del libro VIII

Demanda de:FERNEY MARIN MURILLO
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
Documento: Oficio No.3823 del 20 de octubre de 2015
Origen: Juzgado 14 Civil Del Circuito De Oralidad de Cali
Inscripción: 18 de noviembre de 2015 No. 2507 del libro VIII

Demanda de:NORVELLY SERNA LARGO C.C.31.479.958
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
Documento: Oficio No.936 del 15 de marzo de 2019
Origen: Juzgado Catorce Civil Del Circuito de Cali
Inscripción: 03 de abril de 2019 No. 913 del libro VIII

Demanda de:ZAMARA LORENA SALINAS, JULIAN ANDRES ALVAREZ SALINAS, JORGE ALEJANDRO ALVAREZ SALINAS
Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL RESPONSABILIDAD EXTR.
Documento: Oficio No.260 del 12 de marzo de 2020
Origen: Juzgado Primero Civil Del Circuito De Oralidad de Cali
Inscripción: 28 de agosto de 2020 No. 783 del libro VIII

Recibo No. 8205040, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08216XE3FN

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Demanda de:PROYECTAR INGENIERIA S.A.S.
Contra:ALLIANZ SEGUROS SA
Bienes demandados:ESTABLECIMINTO DE COMERCIO

Proceso:RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (VERBAL-DECLARATIVO)
Documento: Oficio No.128 del 10 de febrero de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Del Circuito de Cali
Inscripción: 09 de julio de 2021 No. 1114 del libro VIII

CERTIFICA

QUE POR ESCRITURA NRO. 3.800 DEL 16 DE AGOSTO DE 1974, NOTARIA DECIMA DE BOGOTA, INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 13 DE AGOSTO DE 1986 BAJO LOS NROS. 27756 Y 1067 DE LOS LIBROS VI Y V, CONSTA QUE SE CONFIRMO LA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO DE UNA SUCURSAL DE LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE CALI.

CERTIFICA

SOCIEDAD

Nombre:	ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1
Matrícula No.:	178756-2
Fecha de matricula:	14 de agosto de 1986
Ultimo año renovado:	2021
Fecha de renovación de la matrícula mercantil:	24 de marzo de 2021
Categoría:	Sucursal Foranea
Dirección:	AV. 6 A N 23 - 13
Municipio:	Cali

CERTIFICA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

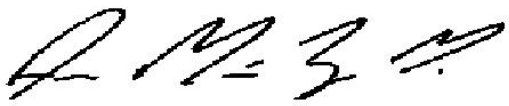
Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

Fecha expedición: 15/09/2021 02:54:19 pm

Recibo No. 8205040, Valor: $3.100

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08216XE3FN

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.