

**CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA || Dte. CARMEN ADRIANA GONZALEZ Y OTROS. || Ddo. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR E.P.S. Y OTROS. || RAD. 2019-00503 || CEQP**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Jue 9/06/2022 4:51 PM

Para: Juzgado 15 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto15bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: mmsanchezm@compenar.com <mmsanchezm@compenar.com>;gerenciageneral@asistirsalud.com

<gerenciageneral@asistirsalud.com>;COMPENSAR EPS JURIDICA

<compensarepsjuridica@compensarsalud.com>;MARIA CATALINA PACHON VALDERRAMA

<mcpachonv@compensarsalud.com>;EUCLIDES CAMARGO GARZÓN

<juridico@segurosdelestado.com>;aldo.sarracino@abogarconsultores.com

<aldo.sarracino@abogarconsultores.com>;adrimmes1@hotmail.com <adrimmes1@hotmail.com>

Señores

**JUZGADO QUINCE (15) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA**

E. S. D.

**REFERENCIA:** PROCESO DECLARATIVO

**RADICADO:** 2019-00503

**DEMANDANTE:** CARMEN ADRIANA GONZALEZ, EDWIN MAURICIO REYES GONZALEZ, JENNY ALEXANDRA REYES GONZALEZ Y FERMIN GIOVANNY REYES GONZALEZ

**DEMANDADOS:** CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR E.P.S., ASISTIR SALUD I.P.S., DIANA CAMILA PINEDA SUAREZ Y ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**LLAMADO EN GARANTÍA:** ALLIANZ SEGUROS S.A.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado General de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, tal y como consta en la escritura pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 otorgada en la Notaría 29 de la ciudad de Bogotá, de conformidad con lo preceptuado en el Decreto 806 de 2020, en el Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de junio de 2020 y demás normas concordantes, dentro del término de Ley, a través del presente escrito, comedidamente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** incoada por Carmen Adriana González y otros, y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado a mi prohijada por parte de Compensar EPS, de conformidad con los argumentos esgrimidos en documento adjunto.

Agradezco acusar recibo del presente.

Cordialmente,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D. C.

T.P No. 39.116 del C. S. Jra.

Señores

**JUZGADO QUINCE (15) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ**

E. S. D.

**REFERENCIA:** PROCESO DECLARATIVO  
**RADICADO:** 2019-00503  
**DEMANDANTE:** CARMEN ADRIANA GONZALEZ, EDWIN MAURICIO REYES GONZALEZ, JENNY ALEXANDRA REYES GONZALEZ Y FERMIN GIOVANNY REYES GONZALEZ  
**DEMANDADOS:** CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR E.P.S., ASISTIR SALUD I.P.S. Y ASEGURADORA SEGUROS DEL ESTADO S.A.  
**LLAMADO EN GARANTÍA:** ALLIANZ SEGUROS S.A.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado General de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, tal y como se encuentra acreditado en el plenario, a través del presente escrito, comedidamente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** incoada por Carmen Adriana González y otros, y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado a mi prohijada por parte de Compensar EPS, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones formuladas en la demanda y el llamamiento en garantía, de conformidad con las siguientes consideraciones de orden fáctico y jurídico:

## CAPÍTULO I CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

### PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

**AL HECHO PRIMERO:** De conformidad con historia clínica obrante en el plenario, es cierto que ante la sospecha de masa maligna en el seno derecho se le realizó una biopsia a la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ MESA, la cual confirmó la presencia de un carcinoma ductal infiltrante, razón por la cual se le inició un tratamiento de quimioterapia.

**AL HECHO SEGUNDO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO TERCERO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A.,

Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO CUARTO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO QUINTO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO SEXTO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO SÉPTIMO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, en el hecho narrado se indican diferentes circunstancias frente a las cuales nos pronunciaremos de la siguiente forma:

Respecto del convenio entre COMPENSAR EPS y ASISTIR SALUD S.A.S, tenemos que es cierto que existía un convenio, el cual se regía por las cláusulas pactadas en el contrato de prestación de servicios de salud No. CSS015-2012, en el que se estableció que dicha institución actuaría con plena autonomía profesional y científica en la prestación de los servicios de salud, razón por la cual, se haría responsable por todos los perjuicios que se pudiesen ocasionar debido a los mismos, librando a COMPENSAR EPS de cualquier tipo de responsabilidad.

Frente a la realización del examen, se tiene que no hay prueba del mismo y de sus resultados. Asimismo, es necesario tener en cuenta que, de haber existido la conversación narrada en este numeral, debería existir algún registro de las condiciones en las que se

presentó el examen, no obstante, no se avizora que la demandante hubiere aportado tal registro y, por tanto, no es posible verificar lo referente sobre la realización del examen, así como las condiciones en las que se dieron.

**AL HECHO OCTAVO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, no se observa en el expediente anotación alguna de fecha 9 de agosto en donde se evidencie la situación narrada por la parte demandante. Es decir, no hay ningún elemento probatorio con el cual se pueda probar que el día 9 de agosto de 2014 con posterioridad y como resultado del procedimiento de mamografía ordinaria se haya presentado el derrame del dispositivo expansor mamario.

**AL HECHO NOVENO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, en el expediente no obra prueba sobre los electrocardiogramas, estabilización de la paciente o aplicación de medicamentos para el dolor. Es decir, no se aporta el registro de estos procedimientos realizados a la historia clínica, por lo cual, no obra en ninguna parte de la historia clínica que se hayan realizado electrocardiogramas por derrame del fluido del expansor mamario o la aplicación de medicamentos para el dolor.

**AL HECHO DÉCIMO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, en la historia clínica no se evidencia anotación de una cita médica prioritaria del 12 de agosto de 2014, así como tampoco se refiere que la doctora MARELBY GUZMAN RODRIGUEZ hubiere dado indicación sobre la presión arterial no controlable, inflamación con hematoma y no retención del líquido del expansor.

**AL HECHO UNDÉCIMO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente,

conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, en la historia clínica no se evidencia anotación de una cita médica con la doctora MARIA CRISTINA LÓPEZ, así como tampoco un diagnóstico de fecha 12 de agosto de 2014 en donde se hubiere indicado que la paciente tenía el implante roto y no retenía líquido.

**AL HECHO DUODÉCIMO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, es importante resaltar que en la historia clínica no se encuentra anotación del 13 de agosto del 2014 en donde se hubiere indicado la presencia de inflamación de los tejidos, así como tampoco se refiere una remisión a urgencias.

Con todo, en caso de que se llegare a acreditar que el doctor JAVIER IGNACIO GODOY BARBOSA remitió a la señora GONZALES MESA a urgencias, deberá tenerse por confeso que fue esta la que decidió no asistir a dicho servicio médico.

**AL HECHO DÉCIMO TERCERO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, se destaca que en el plenario no se encuentra registro alguno de la asistencia de la demandante a consulta médica con la doctora MARÍA CRISTINA LÓPEZ ASSMUS el 21/08/2014, así como tampoco se evidencia que dicho día se le hubiere formulado algún medicamento para el dolor.

**AL HECHO DÉCIMO CUARTO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO DÉCIMO QUINTO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y

suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, debe advertirse que en el plenario no se encuentra evidencia de que la señora GONZALEZ MESA hubiere presentado una queja.

**AL HECHO DÉCIMO SEXTO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, no se encuentra prueba o anotación en la historia clínica de la queja interpuesta por los hechos ocurridos el 9 de agosto de 2014 relacionados con una mamografía ordinaria. Pese a lo anterior, es menester referirnos sobre lo indicado en este hecho, **en el cual la demandante acepta ser hipertensa con anterioridad al 9 de agosto de 2014.**

Debido a lo anterior, no se puede concluir que la hipertensión fue desarrollada en virtud de los presuntos hechos del 9 de agosto de 2014 comoquiera que la paciente presentaba esta condición con anterioridad al 9 de agosto de 2014.

**AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO DÉCIMO OCTAVO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO DÉCIMO NOVENO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO VIGÉSIMO.** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin

perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, el demandante no anexa prueba alguna del supuesto pronunciamiento realizado por el Tribunal Departamental Ético de Enfermería – Región Centro Oriental.

**AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, no obra prueba en el expediente de pronunciamiento alguno del Tribunal Departamental Ético de Enfermería – Región Centro Oriental en donde se indique que posiblemente existió una falla en la toma de la mamografía del 9 de agosto de 2014.

**AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, debe advertirse desde ya que, si no hubo adherencia de la prótesis al tejido de la paciente, este hecho no puede en ningún caso ser imputado ni a COMPENSAR EPS ni a mi representada, al ser un hecho que puede darse por diversas circunstancias propias de la demandante.

**AL HECHO VIGÉSIMO CUARTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO VIGÉSIMO QUINTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En

todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO VIGÉSIMO SEXTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO VIGÉSIMO SÉPTIMO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO VIGÉSIMO OCTAVO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO VIGÉSIMO NOVENO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO TRIGESIMO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO TRIGÉSIMO PRIMERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.



**AL HECHO TRIGÉSIMO SEGUNDO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO TRIGÉSIMO TERCERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO TRIGÉSIMO CUARTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO TRIGÉSIMO QUINTO:** Es cierto. Sin embargo, ni el derecho a la salud, ni a la vida, la igualdad o la dignidad fueron inobservados. El acceso a los servicios de salud siempre fue brindado de manera oportuna a la demandante, quien en diversas ocasiones asistió a visitas médica por diferentes afecciones y complicaciones sufridas derivadas de sus patologías.

**AL HECHO TRIGÉSIMO SEXTO:** No es cierto. No se encuentra en la historia clínica probada la falta de diligencia de las entidades demandadas en los procedimientos realizados. Frente a cada procedimiento se le informó a la demandante sobre los riesgos que se podían derivar de su práctica, los cuales fueron aceptados por la demandante. Además, se refiere frente a muchos de ellos que se realizaron sin complicaciones, siendo estas sufridas con posterioridad a la realización de los procedimientos y no como consecuencia directa de los procedimientos.

**AL HECHO TRIGÉSIMO SÉPTIMO:** Es cierto únicamente en el deber de un trato digno en condiciones de igualdad. Sin embargo, este deber no ha sido inobservado o incumplido por las demandantes. De la historia clínica aportada se evidencia que la demandante fue atendida por oncólogos, médicos cirujanos oncólogos, entre otros, todos especialistas en las afecciones de la demandante. Por lo cual, no se puede afirmar en ningún momento que las demandantes no cumplieron con su deber de vincular especialistas idóneos en las áreas de tratamiento de la demandante o que la demandante no fue atendida por profesionales especialistas en las patologías referidas.

**AL HECHO TRIGÉSIMO OCTAVO:** No es cierto. Primero se debe aclarar que la demandante fue tratada por diferentes médicos en diferentes especialidades de acuerdo con el cuadro clínico presentado. Adicionalmente, en cuanto fue posible, la médico cirujana

tratante ordenó la realización de procedimientos idóneos para la reconstrucción de tejidos mamarios y en diversas oportunidades se ordenó el cambio de implantes mamarios debido a que los implantes no se adherían a los tejidos o los tejidos de la demandante se irritaban con los implantes generando su rechazo.

Asimismo, en diferentes hechos del escrito de la demanda refiere la parte demandante que los procedimientos realizados se practicaron sin complicaciones adicionales. Entonces, se puede inferir que las complicaciones fueron posteriores a los procedimientos realizados.

**AL HECHO TRIGÉSIMO NOVENO:** No es cierto. Primero se debe aclarar que la demandante fue tratada por diferentes médicos en diferentes especialidades de acuerdo con el cuadro clínico presentado. Adicionalmente, en cuanto fue posible, la médico cirujana tratante ordenó la realización de procedimientos idóneos para la reconstrucción de tejidos mamarios y en diversas oportunidades se ordenó el cambio de implantes mamarios debido a que los implantes no se adherían a los tejidos o los tejidos de la demandante se irritaban con los implantes generando su rechazo.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO:** No es cierto. Lo anterior en cuanto a que siempre se brindaron los servicios de salud a los que las entidades demandadas están obligadas por ministerio de la Ley. La demandante tuvo varias intervenciones y procedimientos adecuados con el fin de que se pudiera lograr la reconstrucción del seno derecho.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO PRIMERO:** No es cierto, como bien lo ha señalado la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, la relación jurídica derivada de la prestación de servicios de salud es contractual en virtud del vínculo generado con ocasión a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, no obstante, es importante resaltar que las obligaciones derivadas de la prestación del servicio de salud son de medios y no de resultados a no ser que se pacte lo contrario. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha indicado:

*“Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las "estipulaciones especiales de las partes" (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.*

*La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.”<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia Sala Civil, Sentencia SC-71102017 (05001310301220060023401) del 24 de mayo de 2017.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO SEGUNDO:** No es cierto, en cuanto no se ha probado el nexo causal entre las conductas de las demandadas y el daño alegado por la demandante. Adicionalmente, no se tiene prueba de que el personal vinculado por las demandadas no fuera idóneo.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO TERCERO:** Es cierto. Sin embargo, este deber no ha sido inobservado o incumplido por las demandantes. De la historia clínica aportada se evidencia que la demandante fue atendida por oncólogos, médicos cirujanos oncólogos, entre otros, todos especialistas en las afecciones de la demandante. Por lo cual, no se puede afirmar en ningún momento que las demandantes no cumplieron con su deber de vincular especialistas idóneos en las áreas de tratamiento de la demandante o que la demandante no fue atendida por profesionales especialistas en las patologías referidas.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO CUARTO:** No es cierto. Lo anterior debido a que la parte demandante no logra probar la existencia de un nexo causal entre la conducta de las demandadas y las complicaciones y afectaciones en la salud de la demandante. Es necesario y tiene la carga de la prueba la demandante en lo referente a probar que la conducta de las demandadas es la causa eficiente del daño sufrido por la demandante. Las meras afirmaciones no pueden constituir prueba de la negligencia o indebida realización de los procedimientos médicos.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO QUINTO:** No es cierto. De la historia clínica aportada es claro que siempre se brindó atención salud en forma oportuna y se realizaron diversos procedimientos con el fin de llevar a cabo la reconstrucción del seno derecho sin que se presentaran complicaciones. Sin embargo, no se puede dejar de lado que todo procedimiento médico tiene riesgos, los cuales fueron informados y aceptados por la demandante en el momento de su realización.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO SEXTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Lo anterior en cuanto a que los procedimientos e intervenciones realizadas fueron pertinentes y oportunas, desconociendo si se hubiera podido obtener un resultado diferente, como consecuencia de las condiciones médicas preexistentes en la demandante.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO:** No es cierto. la IPS ASISTIR SALUD si prestó los servicios de salud oportunamente y de forma adecuada, conforme se prueba en la historia clínica obrante en el plenario.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO OCTAVO:** No es cierto. Por cuanto COMPENSAR EPS no fue negligente frente al desarrollo de sus obligación, pues en todo momento mantuvo la afiliación de la demandante y propendió por la correcta prestación de sus servicios. Igual

frente a ASISTIR SALUD IPS, institución que en todo momento prestó oportunamente los servicios de salud.

**AL HECHO CUADRAGÉSIMO NOVENO:** No es cierto, el servicio de salud prestado a la demandante fue oportuno. En todo momento se brindó atención médica a la demandante con el fin de brindar los servicios médicos adecuados de acuerdo con su situación particular.

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO:** No es cierto. Lo primero que debe tenerse en cuenta es que la falla en el servicio es un título de imputación subjetiva que busca analizar las omisiones en las que ocurrió el presunto responsable en los deberes que tenía, al margen de que sea un título por el cual se pretende que el Estado se responsabilice por sus acciones u omisiones. Adicionalmente, compete a la parte demandante probar la inobservancia de los deberes de los prestadores de salud, lo cual no demostró. De la historia clínica no se puede inferir que los demandados hayan faltado a los deberes a ellos exigidos en los tratamientos prestados a la demandante.

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO PRIMERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, no obra prueba del vínculo afectivo de los demandantes con la señora CARMEN ADRIANA, así como tampoco de las afectaciones sufridas por los demandantes a raíz de los sucesos expuestos en el escrito de demanda.

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO SEGUNDO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO TERCERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO CUARTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO QUINTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO SEXTO:** No es cierto. COMPENSAR EPS es una Entidad Promotora de Salud, NO una Entidad Prestadora de Salud. Son dos cosas totalmente diferentes. Como EPS se encarga de la afiliación y registro de los afiliados al sistema de la regularidad social en Colombia. Se encargan también del recaudo de las cotizaciones y su función básica es organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud. NO se encarga de prestar servicios de salud.

Los procedimientos de implantes mamarios con prótesis de la demandante son además procedimientos que no estaban cubiertos por el POS de acuerdo la Resolución 5521 de 2013 en el artículo 129:

*“ARTICULO 129. EXCLUSIONES GENERALES. Las exclusiones generales del Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:*

- 1. Tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.*
- 2. Tecnologías en salud de carácter experimental o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, o que no hayan sido reconocidas por las autoridades nacionales competentes.*
- 3. Tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos, instructivos o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.*
- 4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.*
- 5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.*
- 6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.”*

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO SÉPTIMO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, desde ahora se advierte que de la historia clínica no se desprende de forma clara la responsabilidad de las demandadas en cuanto no se evidencia en los procedimientos practicados omisiones o impericia. La demandante fue sometida a diversos procedimientos con el fin de lograr la reconstrucción del seno derecho, situación que tuvo

complicaciones por la reacción de sus tejidos a los implantes mamarios, así como a la hipertensión, cuyo desarrollo fue anterior al 9 de agosto de 2014 e intervenciones posteriores. Es decir, es una condición de salud con la que ya contaba en el momento en el que se sometió a la mastectomía y a la primera cirugía reconstructiva, las cuales se realizaron el 15 de febrero de 2014. Por tanto, no hay un nexo causal entre la conducta de las demandadas y el estado de salud y afectaciones a la salud sufridas por la parte demandante.

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO OCTAVO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, de la historia clínica aportada es claro que los procedimientos desarrollados fueron los adecuados. Asimismo, es claro que a la demandante se le informaron las posibles complicaciones asociadas con los procedimientos que se le estaban realizando.

**AL HECHO QUINTUAGÉSIMO NOVENO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, no puede decirse que los procedimientos realizados por los médicos tratantes no fueron los adecuados para lograr la reconstrucción del seno derecho de la señora Carmen, pues durante todas las visitas realizadas por la demandante a los servicios de salud, se recetaron diversos medicamentos y tratamientos para tratar las complicaciones de la demandante y para conseguir la reconstrucción del seno derecho.

**AL HECHO SEXAGÉSIMO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que se realizaron varios cambios de prótesis con el fin de reconstruir los tejidos, aun con las condiciones médicas preexistentes de la demandante. De hecho, en muchas anotaciones de la historia clínica se evidencia que se solicitaron y se autorizaron las intervenciones médicas pertinentes para la reconstrucción y el tratamiento de diferentes complicaciones que sufrió la demandante

**AL HECHO SEXAGÉSIMO PRIMERO:** Es cierto, la relación jurídica derivada de la prestación de servicios de salud es contractual en virtud del vínculo generado con ocasión a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, no obstante, es importante resaltar que las obligaciones derivadas de la prestación del servicio de salud son de medios y no de resultados a no ser que se pacte lo contrario. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha indicado:

*“Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las 'estipulaciones especiales de las partes' (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.*

*La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.”<sup>2</sup>*

**AL HECHO SEXAGÉSIMO SEGUNDO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, no obra en el expediente prueba de falta de idoneidad de los especialistas que trataron a la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ. Al contrario, de todas las pruebas aportadas con la contestación de la demanda únicamente se puede evidenciar que los profesionales que brindaron atención médica a la señora CARMEN ADRIANA, en todo momento realizaron los procedimientos con el fin de reconstruir el seno derecho de la señora CARMEN ADRIANA.

**AL HECHO SEXAGÉSIMO TERCERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO SEXAGÉSIMO CUARTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz

---

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia Sala Civil, Sentencia SC-71102017 (05001310301220060023401) del 24 de mayo de 2017.

Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO SEXAGÉSIMO QUINTO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

### **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES**

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Como quiera que al hacer la narración de los supuestos hechos se pretende imputar una supuesta responsabilidad civil médica, la cual como se establecerá dentro del proceso, no se estructuró. Toda vez que en estos casos impera el principio de la carga de la prueba tanto de la supuesta culpa, del daño, de la cuantía del supuesto detrimento y el nexo de causalidad entre uno y el otro.

Aunado a lo anterior, no se vislumbran los elementos que imperativamente deben reunirse para predicar la responsabilidad médica respecto de las demandadas, específicamente frente a la IPS ASISTIR SALUD S.A.S. y a COMPENSAR EPS. En efecto, no se vislumbra una falla médica en el caso concreto, por cuanto se encuentra demostrada la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidadosa realizada por las demandadas frente a la atención médica brindada a la demandante.

### **OPOSICIÓN FRENTE A TODAS LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA.**

Me opongo en específico frente a cada pretensión elevada de la siguiente forma:

#### **OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS.**

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSION PRIMERA:** ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil, como consecuencia de las supuestas complicaciones de salud sufridas por la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ, toda vez que la atención, tratamiento y demás servicios prodigados a la paciente, estuvieron ajustados a la literatura médica y se practicaron de forma oportuna, perita y diligente, razón por la cual, no existe ninguna negligencia en el servicio médico prestado a la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ.

Por otra parte, la historia clínica de la demandante acredita que la actuación del personal médico se ajustó en todo momento a las necesidades de la paciente. La conducta de los médicos tratantes estuvo exenta de culpa. Y, por ende, no puede atribuirse a las



demandadas ningún tipo de responsabilidad civil o profesional. De tal suerte, que al no existir en este caso prueba de transgresión de la *lex artis* médica, no existe culpa atribuible a las entidades demandadas. Razón por la que resulta imposible la prosperidad de la demanda en su contra, como quiera que no se reúnen los requisitos para que surja la responsabilidad que pretende endilgársele.

Adicionalmente, se debe predicar la inexistencia de solidaridad, pues no existe disposición jurídica alguna en la que se haya establecido la existencia de una obligación solidaria entre la empresa prestadora de salud y los prestadores de servicio. Por lo tanto, en el evento en que el Despacho llegase a determinar la existencia de falencias en la atención médica brindada a la demandante en la IPS ASISTIR SALUD S.A.S., no podrá proferirse condena en contra de COMPENSAR EPS, como quiera que dicha entidad no está llamada a responder de manera solidaria por las obligaciones indemnizatorias que surjan en cabeza de la IPS ni de su personal médico que suministró servicios médicos a la demandante.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA.** ME OPONGO a que se condene a las demandantes al reconocimiento y pago de perjuicios materiales a título de DAÑO EMERGENTE solicitado por la Demandante, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la anterior pretensión y al ser improcedente tal pretensión, ésta también debe ser desestimada.

Además, me opongo a que se condene a las demandadas al pago de suma alguna por concepto de indemnización por los presuntos gastos asumidos por la Demandante, toda vez que no obra en el expediente factura alguna que permita concluir que los demandantes incurrieron en gastos por la atención de la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ. Siendo entonces el monto de \$22.320.000 una mera afirmación sin fundamentos. Además, no resulta claro o evidente que se haya incurrido en gasto alguno. Es menester recordar que compete a la parte demandante la prueba de los perjuicios que alega, como lo es el daño emergente.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA:** ME OPONGO a que se condene a las demandada al pago de los perjuicios morales solicitados por los demandantes, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la pretensión primera y al ser dicha pretensión improcedente, esta también debe ser desestimada.

Además, me opongo a esta pretensión ante la desmesurada solicitud de perjuicios morales por valor de 100 SMLMV para la señora Carmen Adriana y 50 SMMLV para los demás accionantes. Pues es evidente el ánimo especulativo que dicha pretensión se desprende.

De igual forma, se debe tener en cuenta que el perjuicio moral no opera de manera automática, ante la ocurrencia de un hecho dañoso, ni se presume en todos los casos; de allí a que corresponda al juez, dentro de un análisis minucioso, objetivo y detallado de la situación, concluir si se acreditó o no la existencia de tal perjuicio, y acto seguido, de encontrarlo probado, le corresponderá determinar su cuantía, atendiendo lógicamente a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado a favor de los demandantes, en un franco desmedro de la contraparte.

En todo caso, debe indicarse que la solicitud que debe realizarse sobre este perjuicio debe encontrarse sujeta a los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, en Sentencia SC13925 – 2016 Radicación No. 2005-00174-01 con ponencia del Magistrado Ariel Salazar Ramírez. Por lo tanto, para la tasación de dicho perjuicio el Juez deberá apoyar su decisión, en las pruebas allegadas y practicadas en el proceso, para efectos de determinar el grado de afectación que se haya causado a los demandantes, y con ello determinar si existe o no responsabilidad civil en cabeza de los demandados.

Con relación a lo dicho en el inciso anterior, la Corte Suprema de Justicia expone que, para acceder al pago del perjuicio moral, este debe tasarse con base en lo siguiente:

“...la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “las circunstancias especiales que rodearon este proceso”<sup>3</sup>

En ese mismo sentido, en Sentencia SC5686-2018 Radicación No 05736 31 89 001 2004 00042 01 con ponencia de la Sra. Magistrada Margarita Cabello Blanco la Corte Suprema de Justicia, entiende por perjuicio moral lo siguiente:

“Puede sostenerse, en consecuencia, que al paso que el perjuicio moral atiende a las consecuencias extrapatrimoniales internas de la víctima, el atinente a la vida de relación busca compensar todas aquellas alteraciones extrapatrimoniales, producto de lesiones corporales, psíquicas o de bienes e intereses tutelados que terminan por afectar negativamente el desenvolvimiento vital de la víctima en su entorno”.

Descendiendo al caso en concreto, debemos indicar que en el plenario, la parte actora se limita única y exclusivamente a enunciar unos supuestos padecimientos y enfermedades que no se acompasan con el acervo probatorio, siendo entonces necesario que se desvirtúe tal pretensión, máxime cuando, ni siquiera se han acreditado los elementos de la responsabilidad civil médica.

Resulta igualmente pertinente recordar que en lo que hace a la ponderación de los daños morales, si bien la misma se encuentra deferida “al arbitrium judicis”, es decir, al recto criterio del fallador, estos deben ser debidamente acreditados, demostrados y tasados por quien las pretende, teniendo en cuenta además que este tipo de perjuicios “se trata de agravios que recaen sobre intereses, bienes o derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan insibles e inconmensurables”<sup>4</sup>.

Para este caso en particular, los valores solicitados como indemnización por concepto de perjuicios morales, exceden los valores tasados y adjudicados por la Corte Suprema de Justicia en distintos pronunciamientos. Relacionamos, así, algunos fallos de la Sala de

---

<sup>3</sup> SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo (10 de mayo de 2016)

<sup>4</sup> Sentencia de casación civil de 13 de mayo de 2008, exp. 1997-09327-01

Casación Civil en los que emite condenas por concepto de “daño moral” para sustentar este argumento<sup>5</sup>

- A. El máximo valor que se ha reconocido jurisprudencialmente por este tipo de perjuicio ha sido de \$60'000.000, el cual corresponde a casos de muerte.
- B. La CSJ el día 06-05-2016<sup>6</sup>, ordenó pagar \$15 millones por esta especie de daño a la víctima directa, cuyas lesiones fueron: perturbación psíquica permanente y deformación física en el cuerpo de carácter permanente con la colocación de una válvula de drenaje en el cerebro; al momento del accidente contaba con 17 años.
- C. La CSJ en sentencia del 18-11-2019<sup>7</sup>, reconoció \$10 millones para una mujer que en accidente de tránsito sufrió trauma de tejidos blandos, de cadera y pelvis, traumatismo craneoencefálico, paresia de ojo derecho y depresión con una pérdida de capacidad laboral de 65.68% dictaminada por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Aunado a lo anterior, encontramos que, desde la óptica jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, se ha establecido que, al no existir una normatividad que permita determinar la forma de cuantificar el daño, el precedente judicial de dicho órgano tiene cierto carácter vinculante<sup>8</sup>:

“[...] a falta de normativa explícita que determine la forma de cuantificar el daño moral, el precedente judicial del máximo órgano de la jurisdicción ordinaria tiene un cierto carácter vinculante, para cuya separación es menester que el juez ofrezca razones suficientes de su distanciamiento”.

Así las cosas, en el remoto e improbable caso en que se llegaren a acreditar los elementos de la responsabilidad civil extracontractual, la tasación por concepto de perjuicio extrapatrimonial deberá ser muy inferior a los \$10'000.000 de pesos, pues dicho rubro se reconoció para unas afectaciones mucho mayores a las del caso de marras.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA:** ME OPONGO respecto de la condena solicitada al reconocimiento del pago del daño a la vida de relación solicitada por la demandante y, en relación con lo anterior, debemos advertir que en adición a que no se encuentra demostrada la responsabilidad civil médica, tampoco hay soporte alguno de este perjuicio, haciéndose de esta forma completamente inviable algún reconocimiento por este concepto, pues el mismo no es objeto de presunción.

Adicionalmente, debe decirse que esta pretensión es completamente impróspera pues el demandante además de no justificar de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero.

---

<sup>5</sup> Cfr. TSDJ. De Pereira. Sentencia de segundo grado. Rad. 05001-31-03-005-2005-00142-01. MG. Sustanciador Duberney Grisales Herrera (en descongestión).

<sup>6</sup> CSJ, SC-5885-2016

<sup>7</sup> CSJ, SC-4966-2019.

<sup>8</sup> Sentencia de la SCC del 19 de diciembre de 2018, exp. 05736-31-89-001-2004-00042-01

En todo caso, la solicitud que pretenden con relación a este perjuicio resulta claramente excesiva e injustificada. Basta revisar la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en donde ha emitido condenas por concepto de “daño a la vida de relación” para concluir que no se encuentra correctamente estimado este tipo de perjuicio, así:

- A. Esa Magistratura en el fallo SC-5885 del 06-05-2016, fijó \$20 millones por este perjuicio a la víctima directa, una mujer joven que sufrió perturbación psíquica permanente y deformación física en el cuerpo de carácter permanente con la colocación de una válvula de drenaje en el cerebro; al momento del accidente contaba con 17 años de edad.
- B. La CSJ en sentencia del 21-02-201813 reconoció 25 SMMLV (\$19.531.050) para la víctima directa quien por un accidente de tránsito le fue amputada la pierna derecha y perdió el 30% de su capacidad laboral.
- C. La CSJ en sentencia del 18-11-201915, reconoció \$20 millones para una mujer que en accidente de tránsito sufrió trauma de tejidos blandos, de cadera y pelvis, traumatismo craneoencefálico, paresia de ojo derecho y depresión con una pérdida de capacidad laboral de 65.68% dictaminada por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Así las cosas, en el remoto e improbable caso en que se llegaren a acreditar los elementos de la responsabilidad civil médica, la tasación por concepto de daño a la vida en relación deberá ser muy inferior a los valores precitados, pues dichos rubros se reconocieron para unas afectaciones ciertas, comprobadas, acreditadas y superiores a las que se alegan en el caso de marras.

#### **FRENTE A LAS PRETENSIONES DE CONDENA:**

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSION PRIMERA:** ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil, como consecuencia las supuestas complicaciones de salud sufridas por la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ. Toda vez que la atención, tratamiento y demás servicios prodigados a la paciente, estuvieron ajustados a la literatura médica y se practicaron de forma oportuna, perita y diligente. Razón por la cual, no existe ninguna negligencia en el servicio médico prestado a la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ.

Por otra parte, la historia clínica de la demandante acredita que la actuación del personal médico se ajustó en todo momento a las necesidades de la paciente. La conducta de los médicos tratantes estuvo exenta de culpa. Por ende, no puede atribuirse a las demandadas ningún tipo de responsabilidad civil o profesional. De tal suerte, que al no existir en este caso prueba de transgresión de la lex artis médica, por conexidad, no existe culpa atribuible a las entidades demandadas. Razón por la que resulta imposible la prosperidad de la demanda en su contra, como quiera que no se reúnen los requisitos para que surja la responsabilidad que pretende endilgársele.

Adicionalmente, se debe predicar la inexistencia de solidaridad, pues no existe disposición jurídica alguna en la que se haya establecido la existencia de una obligación solidaria entre la empresa prestadora de salud y los prestadores de servicio. Por lo tanto, en el evento en que el Despacho llegase a determinar la existencia de falencias en la atención médica brindada a la demandante en la IPS ASISTIR SALUD S.A.S., no podrá preferirse condena en contra de COMPENSAR EPS, como quiera que dicha entidad no está llamada a responder de manera solidaria por las obligaciones indemnizatorias que surjan en cabeza de la IPS ni de su personal médico que suministró servicios médicos a la demandante.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA.** ME OPONGO a que se condene a las demandantes al reconocimiento y pago de perjuicios materiales a título de DAÑO EMERGENTE solicitado por la Demandante, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la anterior pretensión y, al ser ella improcedente, esta también debe ser desestimada.

Además, me opongo a que se condene a las demandadas al pago de suma alguna por concepto de indemnización por los presuntos gastos asumidos por la Demandante, toda vez que no obra en el expediente factura alguna que permita concluir que los demandantes incurrieron en gastos por la atención de la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ. Siendo entonces el monto de \$22.320.000 una mera afirmación sin fundamentos. Además, no resulta claro o evidente que se haya incurrido en gasto alguno. Es menester recordar que compete a la parte demandante la prueba de los perjuicios que alega, como lo es el daño emergente.

Adicionalmente, se debe predicar la inexistencia de solidaridad, pues no existe disposición jurídica alguna en la que se haya establecido la existencia de una obligación solidaria entre la empresa prestadora de salud y los prestadores de servicio. Por lo tanto, en el evento en que el Despacho llegase a determinar la existencia de falencias en la atención médica brindada a la demandante en la IPS ASISTIR SALUD S.A.S., no podrá preferirse condena en contra de COMPENSAR EPS, como quiera que dicha entidad no está llamada a responder de manera solidaria por las obligaciones indemnizatorias que surjan en cabeza de la IPS ni de su personal médico que suministró servicios médicos a la demandante.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA:** ME OPONGO a que se condene a las demandada al pago de los perjuicios morales solicitados por los demandantes, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la pretensión primera y al ser dicha pretensión improcedente, esta también debe ser desestimada.

Además, me opongo a esta pretensión ante la desmesurada solicitud de perjuicios morales por valor de 100 SMLMV para la señora Carmen Adriana y 50 SMMLV para los demás accionantes. Pues es evidente el ánimo especulativo que dicha pretensión se desprende.

De igual forma, se debe tener en cuenta que el perjuicio moral no opera de manera automática, ante la ocurrencia de un hecho dañoso, ni se presume en todos los casos; de allí a que corresponda al juez, dentro de un análisis minucioso, objetivo y detallado de la situación, concluir si se acreditó o no la existencia de tal perjuicio, y acto seguido, de encontrarlo probado, le corresponderá determinar su cuantía, atendiendo lógicamente a

criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado a favor de los demandantes, en un franco desmedro de la contraparte.

En todo caso, debe indicarse que la solicitud que debe realizarse sobre este perjuicio debe encontrarse sujeta a los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, en Sentencia SC13925 – 2016 Radicación No. 2005-00174-01 con ponencia del Magistrado Ariel Salazar Ramírez. Por lo tanto, para la tasación de dicho perjuicio el Juez deberá apoyar su decisión, en las pruebas allegadas y practicadas en el proceso, para efectos de determinar el grado de afectación que se haya causado a los demandantes, y con ello determinar si existe o no responsabilidad civil en cabeza de los demandados.

Con relación a lo dicho en el inciso anterior, la Corte Suprema de Justicia expone que, para acceder al pago del perjuicio moral, este debe tasarse con base en lo siguiente:

“...la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “las circunstancias especiales que rodearon este proceso”<sup>9</sup>

En ese mismo sentido, en Sentencia SC5686-2018 Radicación No 05736 31 89 001 2004 00042 01 con ponencia de la Sra. Magistrada Margarita Cabello Blanco la Corte Suprema de Justicia, entiende por perjuicio moral lo siguiente:

“Puede sostenerse, en consecuencia, que al paso que el perjuicio moral atiende a las consecuencias extrapatrimoniales internas de la víctima, el atinente a la vida de relación busca compensar todas aquellas alteraciones extrapatrimoniales, producto de lesiones corporales, psíquicas o de bienes e intereses tutelados que terminan por afectar negativamente el desenvolvimiento vital de la víctima en su entorno”.

Descendiendo al caso en concreto, debemos indicar que en el plenario, la parte actora se limita única y exclusivamente a enunciar unos supuestos padecimientos y enfermedades que no se acompasan con el acervo probatorio, siendo entonces necesario que se desvirtúe tal pretensión, máxime cuando, ni siquiera se han acreditado los elementos de la responsabilidad civil médica.

Resulta igualmente pertinente recordar que en lo que hace a la ponderación de los daños morales, si bien la misma se encuentra deferida “al arbitrium judicis”, es decir, al recto criterio del fallador, estos deben ser debidamente acreditados, demostrados y tasados por quien las pretende, teniendo en cuenta además que este tipo de perjuicios “se trata de agravios que recaen sobre intereses, bienes o derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan inasibles e inconmensurables”<sup>10</sup>.

Para este caso en particular, los valores solicitados como indemnización por concepto de perjuicios morales, exceden los valores tasados y adjudicados por la Corte Suprema de

---

<sup>9</sup> SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo (10 de mayo de 2016)

<sup>10</sup> Sentencia de casación civil de 13 de mayo de 2008, exp. 1997-09327-01

Justicia en distintos pronunciamientos. Relacionamos, así, algunos fallos de la Sala de Casación Civil en los que emite condenas por concepto de “daño moral” para sustentar este argumento<sup>11</sup>

- D. El máximo valor que se ha reconocido jurisprudencialmente por este tipo de perjuicio ha sido de \$60'000.000, el cual corresponde a casos de muerte.
- E. La CSJ el día 06-05-2016<sup>12</sup>, ordenó pagar \$15 millones por esta especie de daño a la víctima directa, cuyas lesiones fueron: perturbación psíquica permanente y deformación física en el cuerpo de carácter permanente con la colocación de una válvula de drenaje en el cerebro; al momento del accidente contaba con 17 años.
- F. La CSJ en sentencia del 18-11-2019<sup>13</sup>, reconoció \$10 millones para una mujer que en accidente de tránsito sufrió trauma de tejidos blandos, de cadera y pelvis, traumatismo craneoencefálico, paresia de ojo derecho y depresión con una pérdida de capacidad laboral de 65.68% dictaminada por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Aunado a lo anterior, encontramos que, desde la óptica jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, se ha establecido que, al no existir una normatividad que permita determinar la forma de cuantificar el daño, el precedente judicial de dicho órgano tiene cierto carácter vinculante<sup>14</sup>:

“[...] a falta de normativa explícita que determine la forma de cuantificar el daño moral, el precedente judicial del máximo órgano de la jurisdicción ordinaria tiene un cierto carácter vinculante, para cuya separación es menester que el juez ofrezca razones suficientes de su distanciamiento”.

Así las cosas, en el remoto e improbable caso en que se llegaren a acreditar los elementos de la responsabilidad civil extracontractual, la tasación por concepto de perjuicio extrapatrimonial deberá ser muy inferior a los \$10'000.000 de pesos, pues dicho rubro se reconoció para unas afectaciones mucho mayores a las del caso de marras.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA:** ME OPONGO respecto de la condena solicitada al reconocimiento del pago del daño a la vida de relación solicitada por la demandante y, en relación con lo anterior, debemos advertir que en adición a que no se encuentra demostrada la responsabilidad civil médica, tampoco hay soporte alguno de este perjuicio, haciéndose de esta forma completamente inviable algún reconocimiento por este concepto, pues el mismo no es objeto de presunción.

Adicionalmente, debe decirse que esta pretensión es completamente impróspera pues el demandante además de no justificar de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero.

---

<sup>11</sup> Cfr. TSDJ. De Pereira. Sentencia de segundo grado. Rad. 05001-31-03-005-2005-00142-01. MG. Sustanciador Duberney Grisales Herrera (en descongestión).

<sup>12</sup> CSJ, SC-5885-2016

<sup>13</sup> CSJ, SC-4966-2019.

<sup>14</sup> Sentencia de la SCC del 19 de diciembre de 2018, exp. 05736-31-89-001-2004-00042-01

En todo caso, la solicitud que pretenden con relación a este perjuicio resulta claramente excesiva e injustificada. Basta revisar la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en donde ha emitido condenas por concepto de “daño a la vida de relación” para concluir que no se encuentra correctamente estimado este tipo de perjuicio, así:

- D. Esa Magistratura en el fallo SC-5885 del 06-05-2016, fijó \$20 millones por este perjuicio a la víctima directa, una mujer joven que sufrió perturbación psíquica permanente y deformación física en el cuerpo de carácter permanente con la colocación de una válvula de drenaje en el cerebro; al momento del accidente contaba con 17 años de edad.
- E. La CSJ en sentencia del 21-02-201813 reconoció 25 SMMLV (\$19.531.050) para la víctima directa quien por un accidente de tránsito le fue amputada la pierna derecha y perdió el 30% de su capacidad laboral.
- F. La CSJ en sentencia del 18-11-201915, reconoció \$20 millones para una mujer que en accidente de tránsito sufrió trauma de tejidos blandos, de cadera y pelvis, traumatismo craneoencefálico, paresia de ojo derecho y depresión con una pérdida de capacidad laboral de 65.68% dictaminada por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Así las cosas, en el remoto e improbable caso en que se llegaren a acreditar los elementos de la responsabilidad civil médica, la tasación por concepto de daño a la vida en relación deberá ser muy inferior a los valores precitados, pues dichos rubros se reconocieron para unas afectaciones ciertas, comprobadas, acreditadas y superiores a las que se alegan en el caso de marras.

## **CAPÍTULO II** **OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

Objeto el juramento estimatorio presentado por el Demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. Ahora bien, debe decirse que no se hará referencia a los perjuicios extrapatrimoniales, toda vez que el citado artículo estipula expresamente que: *“El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales”*. En virtud del precitado, en esta objeción no se hará alusión a los mismos.

En cuanto a la categoría de daños patrimoniales o materiales, específicamente el daño emergente solicitados en la demanda. Objeto su cuantía en atención a que la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización depreca.

No resulta procedente lo solicitado respecto del reconocimiento y pago en favor de la parte Demandante de sumas de dinero por concepto del daño emergente, en tanto que las pruebas aportadas al plenario del proceso en las cuales se fundamenta dicha solicitud no brindan la claridad necesaria para que se efectúe dicho reconocimiento. Por el contrario,



no se aporta factura alguna que permita soportar los presuntos gastos en los que incurrió la parte demandante.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte Demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular ha establecido lo siguiente:

*“(…) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, **y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración**, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.<sup>15</sup>”* (Subrayado fuera del texto original)

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

*“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que **“(…) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (…)”**<sup>16</sup>”* (Subrayado fuera del texto original)

En conclusión, no es procedente el reconocimiento de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta que indique detrimento patrimonial por parte del Demandante, De modo tal, que al no encontrarse probados los perjuicios que alega en el juramento estimatorio, es jurídicamente improcedente su reconocimiento. Tal y como lo han señalado los pronunciamientos jurisprudenciales citados en líneas precedentes.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

### **CAPÍTULO III** **EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA**

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

Coadyuvo las excepciones propuestas por COMPENSAR EPS, sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor, formulo las siguientes:

<sup>15</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299.

<sup>16</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

## 2. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO Y CARENTE DE CULPA.

En principio, la responsabilidad civil médica se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, es decir, deben concurrir todos los elementos materiales para el éxito de las pretensiones; sin embargo, por su especialidad, se encuentra sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, la posición adoptada ha sido que este tipo de responsabilidad solo se configura si se halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento. Así entonces, recordando que la obligación que asume un médico al tratar a un paciente es meramente de medios y no de resultados, solo puede configurarse una conducta reprochable a aquel si se prueba que no hizo uso de los medios que se encontraban a su alcance y/o que debía emplear para tratar al paciente:

*“En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.”<sup>17</sup>*

El anterior argumento 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, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Suprema de Justicia en del 15 de septiembre de 2016, en donde se indicó que:

*“(…) El médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (...)”<sup>18</sup>*

---

<sup>17</sup> Radicado No. 5507, sentencia del 30 de enero de 2001, M.P. José Fernando Ramírez Gómez, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia.

<sup>18</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicado No. 2001-00339. M.P. Margarita Cabello Blanco.

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que 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, 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, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al establecer:

*De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, cual ocurre con intervenciones estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguo, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá pagando la prestación prometida. **Pero si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos** que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros.”<sup>19</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo pronunciamiento indicó:

*“El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico.”<sup>20</sup>*

De forma similar, en pronunciamiento del 30 de septiembre de 2016, la Corte Suprema de Justicia expuso que:

*“**La responsabilidad civil** derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– **se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS** o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; **o la debida diligencia y cuidado** de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”<sup>21</sup>. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

<sup>19</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado 110-2017 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

<sup>20</sup> Ibidem.

<sup>21</sup> Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01.

Dado lo anterior, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de la Institución médica. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es **(i)** La falla, **(ii)** El daño antijurídico y **(iii)** El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, lejos de probar el error médico y los tres aspectos anotados con anterioridad, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la IPS ASISTIR SALUD y COMPENSAR EPS se sujetaron a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud a la señora Carmen Adriana.

Dicho lo anterior, debe advertirse desde ya que a las demandadas no les es atribuible responsabilidad médica ni de ningún tipo en este caso concreto. Puesto que desde el momento mismo en el que la demandante fue diagnosticada con cáncer de seno en el 2013, tanto COMPENSAR EPS como IPS ASISTIR SALUD pusieron a disposición de la demandante todos los insumos y servicios médicos para el cuidado de la paciente. Quien se sometió a diferentes intervenciones quirúrgicas con el fin de obtener tratamiento reconstructivo del seno derecho.

En este punto es menester realizar un análisis de los procedimientos efectuados a la señora Carmen Adriana desde el diagnóstico de cáncer de seno, a efectos de dar claridad al Despacho sobre la diligencia de las actuaciones médicas de los mismos. En primer lugar, debe señalarse que los hechos que originan la presente demanda son los relacionados a la confirmación de carcinoma en seno derecho estado III el 7 de enero de 2014. *“Se remite a cirugía. Confirma carcinoma seno derecho Estado 3.”*

El 29 de enero de 2014. La paciente manifestó no estar de acuerdo con el tratamiento. El médico le explicó el porqué del tratamiento. Y, posteriormente, el día 31 de enero de 2014 se le realiza un segundo concepto de cirugía en donde se indica: *“la paciente debe realizarse la mastectomía dado el tamaño tumoral y vaciamiento radical Linfático axilar. Se envía con cirujano de base.”*

Con posterioridad a esto, se realizó la mastectomía y el mismo día se realizó la reconstrucción del seno, esto es, para el 15 de febrero de 2014, momentos para los cuales, de acuerdo con los hechos relatados en la demanda se colocó un expansor mamario.

Con posterioridad a la cirugía a la paciente se le siguió practicando radioterapia y quimioterapia para la continuidad del tratamiento, así como también se le hicieron varias mamografías y ecografías con el fin de hacer control sobre el avance de la enfermedad.

El 29 de enero de 2015 se le realiza un control en el que se indica que *“Se beneficia de retiro, expansor y prótesis”*, esto quiere decir que fue programada una intervención quirúrgica en beneficio de la paciente, ordenando el retiro del expansor mamario, cuyo líquido, según hechos de la demanda estaba filtrándose en los tejidos de la demandante y, Asimismo, se ordenó la colocación de una prótesis mamaria. Este procedimiento fue autorizado por la doctora María Cristina López, especialista en cirugía plástica oncológica.

Debido a lo anterior, el 29 de enero de 2015 se hizo una solicitud para Intervención quirúrgica *“Solicitud de autorización de servicios médicos, prestaciones de salud o medicamentos no incluidos en el post reconstrucción de mama con prótesis”*. Igualmente, se solicitó *cirugía retiro de expansor reconstrucción con prótesis”*.

En junio 4 de 2015 se realizó nuevo procedimiento para verificar el estado de las prótesis *“ecografía mamaria. Asistir salud”*. Vale la pena resaltar, que se realizaron diversas ecografías con el fin de determinar el estado de las prótesis de la demandante, así como exámenes de control, según consta en la historia clínica.

El 03 de mayo de 2016 se encontró una condición médica por parte de la doctora María Cristina López especialista en cirugía plástica oncológica *“control. severa contractura y asimetría mamaria se beneficia de reconstrucción nuevamente con rotación de colgajo dorsal.”* ese mismo día se solicitó la autorización de la intervención quirúrgica *“solicitud de servicios médicos, prestaciones de salud o medicamentos no incluidos en el POS. Reconstrucción de mama con prótesis”*

Ante las diversas circunstancias que hasta el momento habían rodeado a la demandante respecto a los procedimientos realizados para la reconstrucción de su seno izquierdo, el 02 de junio 2016 se abre historia clínica para complementar historia *“se abre historia para complementar historia ha empeorado contractura capsular con severa atrofia cutánea y alto riesgo destrucción, por lo cual se considera que se beneficia de retiro de prótesis capsulectomía, y nueva cobertura con colgajo dorsal ancho y colocación de nueva prótesis.”*

El 4 de febrero de 2017 se realiza control para verificar el estado de la nueva prótesis *“control. se beneficia la reducción mamaria contralateral compensadora funcional ese.es. Concepto de beneficio a fisioterapia. Concepto para solicitar cirugía.”* Posteriormente, y en vista de las complicaciones y las deformidades sufridas en el seno derecho, pese a todos los esfuerzos y procedimientos realizados y evidenciados de la transcripción de la historia clínica, el 16 de mayo de 2017 se realiza control en el que se da concepto favorable para la reducción de la mama izquierda con el fin de obtener un equilibrio y simetría corporal. Adicionalmente, posterior a la cirugía se realizaron varios controles de seguimiento a la cirugía realizada en donde se redujo la mama izquierda.

No fue sino hasta el 1 de febrero de 2018, después de realizados varios controles sobre las cirugías tanto de extracción de prótesis y colocación de nueva prótesis como la de disminución del seno izquierdo que la paciente en control refirió la siguiente situación: *“control. Dolor persistente en la cicatriz de zona donante en la espalda que no ha cedido con pregabalina”*. Igualmente, el 7 de junio de 2018, la demandante refiere la siguiente situación: *“dolor dorsal se remite a valoración prioritaria por cirujano de columna para determinar necesidad de intervención para control de dolor secundario a escoliosis”*.

En octubre 2 de 2018 por remisión de fisioterapia se dio el siguiente concepto: *“fisioterapia manejo por cuidado paliativo incapacidad a solicitud del paciente con limitación para actividades que impliquen movimientos repetitivos de miembro superior derecho, carga de objetos y arcos de movilidad de cintura escapular”*.

Adicionalmente, vale la pena resaltar que todos los controles y procedimientos anteriormente descritos fueron realizados por profesionales especialistas en diferentes áreas de acuerdo con las necesidades de la demandante es así como se evidencia que una especialista en cirugía plástica oncológica y su seguimiento constante a la evolución de la colocación de las prótesis de la demandante.

De lo anterior se concluye sin mayores dificultades que desde el diagnóstico de carcinoma en el seno derecho, hasta el momento en que se interpuso la demanda, se le prestaron todos y cada uno de los cuidados, servicios e insumos que requirió para el cuadro clínico presentado a la demandante. Lo que lejos de demostrar cualquier tipo de negligencia, evidencia una clara diligencia en las actuaciones de los galenos. Máxime, cuando se recuerda que antes fue sometida a más de una intervención quirúrgica no prevista en el POS (Hoy PBS) sin que esto afectara hubiera menguada la atención médica o los controles de los cuales se hizo acreedora por su condición de salud.

Ahora bien, debe decirse que la parte Demandante fundamenta una supuesta responsabilidad de las demandadas teniendo en cuenta que según sus manifestaciones no se realizaron los procedimientos pertinentes, no hubo diligencia, no hubo una adecuada prestación en el servicio lo cual derivó en que el Estado de salud y la condición física de la demandante se viera disminuida. Sin embargo, de todas las pruebas obrantes en el proceso, lo que se vislumbra es que en ningún momento se ha presentado algún hecho constitutivo de responsabilidad por parte de IPS o la EPS. Por el contrario, lo que se evidencia es una clara diligencia por parte de las demandadas en brindar atención oportuna, eficaz y aún sin estar los procedimientos contemplados en el POS (Hoy PBS).

De lo anterior, debe advertirse que la actuación de asistir salud fue oportuna eficaz a través de sus médicos y especialistas con seguimientos constantes y con la intervención de tecnologías en salud que permitían brindar unos tratamientos adecuados a la demandante. frente a la EPS vale la pena indicar que también tuvo una actuación diligente al autorizar de forma pronta los procedimientos necesarios no sólo para la mastectomía sino también para las diferentes intervenciones quirúrgicas las relacionadas con la colocación y extracción de prótesis. igualmente es importante aclarar que con el fin de no generar detrimentos o daños a la salud de la demandante en varias ocasiones se hizo cambio de prótesis, es decir, se utilizó más de una prótesis en más de una ocasión.

Adicionalmente debe tenerse en cuenta que al preguntar los antecedentes en cada consulta, control y para cada intervención, la demandante manifestó padecer de hipertensión arterial lo cual podría generar complicaciones. Asimismo, antes de cada procedimiento médico se le explicó a la demandante las posibles complicaciones que podría acarrear realizar el procedimiento explicado, lo cual fue aceptado por la demandante, siendo natural que pudieran llegar a presentarse complicaciones en el desarrollo de los procedimientos.

En conclusión, de todo lo alegado resulta evidente que las demandante obraron con la debida diligencia, oportunidad e idoneidad frente a la atención en salud prestada a la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ. Puesto que se encuentra totalmente probado que los

galenos tratantes desplegaron conductas tendientes a darle manejo adecuado al cuadro clínico de la paciente. Lo que desacredita en toda medida las alegaciones de los demandantes frente a una supuesta responsabilidad por parte de las demandadas.

Solicito respetuosamente señor Juez, tener como probada esta excepción.

### **3. EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE A ESTE PARTICULAR ES EL DE LA CULPA PROBADA -REITERACIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y LA CORTE CONSTITUCIONAL-**

La Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado en diferentes sentencias sobre las reglas de valoración de las pruebas, frente a las mismas, ha indicado que la prestación de los servicios médicos necesariamente genera diversas obligaciones a los médicos, pero que, la responsabilidad civil se configura cuando de su actuación surge un daño mediado por la culpa probada, la cual corresponde demostrar al demandante, sin que sea admisible presunción alguna.

Asimismo, ha manifestado que no es posible que existan reglas determinadas para valorar las pruebas en los casos de responsabilidad médica, ya que los jueces deben valorar todos y cada uno de los elementos probatorios disponibles a partir de la sana crítica, las reglas de experiencia, el sentido común, la ciencia y la lógica, y mediante procesos racionales que flexibilicen el rigor de la carga de la prueba<sup>22</sup>.

Frente a dicha situación, mediante sentencia del 15 de febrero de 2014<sup>23</sup> dicha Corporación, reiteró que: (i) la responsabilidad médica se deriva de la culpa probada; y, que (ii) todas las partes del proceso deben asumir el compromiso de brindar todas las pruebas atendiendo a la posibilidad real de hacerlo.

*“En este sentido los actos médicos no pueden evaluarse respecto de un solo instante, limitarse a un lapso específico o reducirse a una conducta simple y exclusiva, pues la atención médica se desarrolla en diferentes momentos propios de la dinámica de la enfermedad y en búsqueda de la atención adecuada de quien la padece. Por consiguiente, es necesario evaluar diferentes elementos en conjunto, por ejemplo, la elaboración de la historia clínica, la formulación del diagnóstico y del tratamiento a seguir, entre otras.”*

Adicionalmente, se ha enfatizado en que el ejercicio médico en sí mismo comprende y compromete un riesgo por su propia naturaleza, presentándose como una probabilidad latente y constante que en cualquiera de las fases en las que participe el médico correspondiente pueda presentarse un resultado adverso a la finalidad que se busca con la atención.

---

<sup>22</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-158 de 2018, 24 de abril de 2018; M.P.: Gloria Stella Ortiz Delgado.

<sup>23</sup> Expediente No. 11001310303420060005201, sentencia del 15 de febrero de 2014 M.P. Margarita Cabello Blanco, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia.

Así entonces, sólo es posible que se configure responsabilidad civil por una mala praxis cuando sea posible demostrar y acreditar fehacientemente que el médico y/o los funcionarios médicos que actuaron e intervinieron en la situación médica, lo hicieron en contravía del conocimiento científico sobre la materia o las reglas de la experiencia, y que obviamente, se estructuraron los elementos de la responsabilidad, estos son: el daño, la culpa y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda.

*“En conclusión, es claro que de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y la interpretación que de esa norma ha hecho la Corte Constitucional: (i) no se pueden imponer reglas sacramentales para la valoración de la prueba cuando se trata de responsabilidad médica; (ii) el juez debe evaluar las reglas de la sana crítica y la experiencia y con fundamento en ello determinar el sentido del fallo según lo demostrado en cada proceso determinado; (iii) **la responsabilidad médica se configura a partir de la culpa probada del profesional y (iv) la carga probatoria está en quien alega el daño.**” (Subrayas y negrilla fuera del texto original)*

En virtud de lo anteriormente expuesto, se concluye que para que pueda declararse el nacimiento de una responsabilidad civil en cabeza de la demandada, específicamente de COMPENSAR EPS, no basta con la simple formulación del cargo en su contra, sino que resulta imprescindible la prueba de todos los elementos que estructuran la misma (prueba que está en cabeza de quien alega el daño), cosa que no ha ocurrido en el caso particular.

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

#### **4. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE COMPENSAR EPS COMO CONSECUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES QUE LE CORRESPONDEN COMO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**

COMPENSAR EPS en calidad de entidad promotora de salud frente a sus afiliados debe crear una red de prestadores de servicios de salud que sea idónea y suficiente para la atención adecuada de éstos. Así mismo, está en la obligación de proveer todo lo necesario para atención oportuna de los servicios requeridos. Sobre el particular, la Ley 100 de 1993 en sus artículos 177 y 178 delimita las obligaciones que el ordenamiento jurídico le ha impuesto a las entidades promotoras de salud, así:

*“**ARTÍCULO 177.** Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de qué trata el Título III de la presente Ley.*



**ARTÍCULO 178.** *Funciones de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:*

- 1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- 2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*
- 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.*
- 4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*
- 5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.*
- 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*
- 7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.*

Así las cosas, resulta claro que el objetivo que les ha impuesto la ley a las entidades promotoras de salud consiste en organizar una red de prestadores de servicios médicos, para que, en caso de requerirlo, el afiliado pueda acceder a todos los servicios dispuestos en el Plan Obligatorio de Salud, bien sea directamente a través de la E.P.S. o través de una clínica o centro médico externo. Con el fin de determinar la responsabilidad civil de las empresas promotoras de salud, la Corte Suprema de Justicia ha determinado:

**“ (...) las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son responsables de administrar el riesgo de salud de sus afiliados, organizar y garantizar la prestación de los servicios integrantes del POS, orientado a obtener el mejor estado de salud de los afiliados, para lo cual, entre otras obligaciones, han de establecer procedimientos garantizadores de la calidad, atención integral, eficiente y oportuna a los usuarios en las instituciones prestadoras de salud (art. 2º, Decreto 1485 de 1994).**  
*Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto,*

*a no dudarlo, **la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud** y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.*<sup>24</sup>

Así las cosas, resulta claro que si bien la empresa promotora de salud debe garantizar la prestación del servicio médico solicitado por la demandante, resulta claro además que para que se pueda predicar responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud es necesario acreditar que la prestación del servicio fue deficiente, irregular, inoportuna o no se dio. En el caso concreto, tal como se acredita a través de su historial clínico, COMPENSAR garantizó la prestación de los servicios médicos a la señora Carmen Adriana no solamente a través de Asistir Salud IPS, sino a través de diferentes instituciones, quienes en efecto prestaron todos los servicios médicos requeridos por la demandante, incluidos aquellos no previstos en el POS (Hoy PBS). Por su parte, resulta claro que COMPENSAR cumplió con todas las obligaciones a su cargo al emitir todas las órdenes y autorizaciones requeridas, de modo que la atención de la paciente siempre fue oportuna. Lo anterior, resulta acreditado en su historial clínico, si se tiene en consideración todos los exámenes e intervenciones solicitadas por el médico tratante y que todos fueron realizados de forma oportuna y con especialistas.

En consecuencia, resulta claro que a COMPENSAR no se le puede imputar incumplimiento alguno, tampoco se puede determinar falta de competencia y cuidado en la ejecución de sus deberes legales como quiera que nunca se negó la prestación de ningún servicio médico a la demandante, así como se garantizó la prestación integral de los servicios.

Así las cosas resulta claro que no existe razón alguna para imputarle responsabilidad a COMPENSAR por las afecciones de salud desarrolladas y sufridas por la demandante, la señora Carmen Adriana González, máxime cuando la Corte Suprema de Justicia<sup>25</sup> ha determinado que la responsabilidad por las lesiones que sufren en su integridad los usuarios del sistema de salud sólo serán imputables a los agentes singulares de la organización quienes con sus acciones u omisiones inciden en el daño sufrido por el usuario. Por lo que, desde este momento le solicito al Honorable Despacho desestimar las pretensiones de la demanda pues como ha resultado probado los servicios médicos prestados a la demandante a raíz del diagnóstico de cáncer de seno del 2013, no tuvieron incidencia en el detrimento sufrido en la salud de la demandante, mucho menos podría imputarse responsabilidad alguna COMPENSAR cuando ésta prestó todos los servicios médicos requeridos por la paciente.

---

<sup>24</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC2769/2020.

<sup>25</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 24 de agosto de 2016. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

## 5. EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE CONLLEVA EL SERVICIO MÉDICO ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

Es de advertir que el médico frente al paciente contrae una obligación de medio y no de resultado, esto significa que el objeto de la obligación consiste en la aplicación de su saber y proceder en favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal o rutinariamente aplicaría cualquier otro profesional de la medicina, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia éxito genere un incumplimiento.

En ese sentido, se ha pronunciado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en la sentencia de 1 de diciembre de 2011, expediente 05001-3103-008-1999-00797-01 que en lo pertinente indicó:

*(...) 5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la “obligación del médico” es por: “regla general de “medio”, y en esa medida “(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste”, y en el tema de la “culpa” se comentó: “(...) **la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad.** (...) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (...)”*

*Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. **Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.** (...)” (Negrillas fuera del texto original)*

Así entonces, trasladando lo anterior al caso del presente litigio, resulta evidente que la atención médica brindada por la IPS ASISTIR SALUD S.A.S. y COMPENSAR EPS, nunca restringió los recursos técnicos y humanos de que disponían, sino que se puso a su disposición todos los insumos que a consideración de los galenos requería, con la finalidad de lograr salvarle la vida y de realizar todas las labores científicas y profesionalmente posibles para su mejoría. Lo anterior quedó debidamente consignado en la historia clínica obrante dentro del proceso.

En este orden de cosas, claro resulta que contrario a lo expuesto por la parte actora, el comportamiento de los profesionales de la IPS ASISTIR SALUD S.A.S. y COMPENSAR

EPS, fue diligente, acertado y acorde con la *lex artis*, por lo que ante la ausencia probatoria de una negligencia, imprudencia o impericia médica, no es dable adjudicar de manera alguna a la demandada como responsable del daño alegado por los actores, siendo consecuente que se profiera sentencia favorable a los intereses de mi asegurada.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

## **6. CARENCIA DE ELEMENTOS DE PRUEBA QUE ESTRUCTUREN LA RESPONSABILIDAD CIVIL.**

Para que prospere la declaratoria de responsabilidad civil es necesario que confluyan ciertos elementos, los cuales son, un hecho culposo, el daño y la ineludible relación entre estos últimos. En el presente caso, tal y como se ha manifestado a lo largo de este escrito, no existe prueba que acredite con suficiencia el daño que se reclama en los términos expuestos por la parte demandante y, mucho menos se ha demostrado relación de causalidad entre la conducta desplegada por COMPENSAR EPS y los daños alegados por la parte actora.

Al respecto, cabe referir que aunque cada uno de estos componentes debe concurrir para poder endilgar responsabilidad, el elemento del nexo de causalidad es el que requiere mayor análisis, por cuanto permite identificar si el daño es atribuible a la persona que se le endilga.<sup>26</sup>

Debe igualmente resaltarse que la jurisprudencia ha utilizado como método para identificar la causa eficiente del daño:

“La teoría de la causalidad adecuada, según la cual, solo es causa del resultado, aquella conducta que es suficiente, idónea y adecuada para la producción del mismo, (...) según esta teoría, solo los acontecimientos que normalmente producen un hecho pueden ser considerados como la causa del mismo. Por lo tanto, un comportamiento es el resultado de un daño, si al suprimirlo es imposible explicar el resultado jurídicamente relevante”<sup>27</sup>

Así, es manifiesto que el examen de causalidad consiste en un estudio de orden fáctico, acerca de la idoneidad de un hecho para ser considerado jurídicamente causal de la producción de un daño, o, en otras palabras, el hecho está sujeto a la verificación material y probatoria de su idoneidad para ser considerado bajo el concepto jurídico de causa.

Descendiendo al caso en concreto, vemos como no hay prueba alguna que permita entender que en efecto la responsabilidad civil medica recae sobre COMPENSAR EPS, contrario sensu, lo que si se evidencia es un actuar diligente, cuidadoso e integral por parte de dicha E.P.S.

---

<sup>26</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 14 de diciembre de 2012. Radicación: 2002- 188. M. P. Ariel Salazar Ramírez

<sup>27</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 22 de junio de 2001. M.P. Ricardo Hoyos Duque

## 7. IMPROCEDENCIA DE INCLUIR EN EL JURAMENTO ESTIMATORIO TASACIONES DE CARÁCTER EXTRAPATRIMONIAL.

Se propone esta excepción señor Juez, pues los demandantes incluyen en el juramento estimatorio tasaciones de carácter extrapatrimonial, con lo que contravienen lo contemplado en el artículo 206 del código general del proceso, en el que se excluye expresamente la cuantificación de los daños extrapatrimoniales en este medio probatorio:

“Artículo 206. Juramento estimatorio. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

(...) **El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales.** Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz.”

En conexión con lo anterior, debe recordarse que en la jurisdicción civil, la ponderación de los perjuicios inmateriales se encuentra deferida “al arbitrium judicis”, es decir, al recto criterio del fallador, no obstante, tales perjuicios deben ser debidamente acreditados, demostrados y tasados por quien los solicita, empero, tales la acreditación de tales requisitos brilla por su ausencia para el presente asunto.

## 8. INDEBIDA TASACIÓN DE PERJUICIOS

Se propone esta excepción señor juez, bajo el entendido que la parte accionante solicita la indemnización por unos perjuicios que aparte de no estar probados ni ser procedentes, su tasación es extremadamente elevada, lo que denota un injustificado afán de lucro imposible de atender, lo anterior, tal y cómo se reseñó en el correspondiente acápite respecto del pronunciamiento de las pretensiones de la demanda.

## 9. INEXISTENCIA DE PRUEBA DEL DAÑO EMERGENTE

En este caso es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el Demandante. Es claro que la parte Demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. La honorable Corte suprema de justicia ha definido el daño emergente en los siguientes términos:

*“De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad.*

*Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo, corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento.”<sup>28</sup>*

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte Demandante manifiesta que con ocasión a los hechos de la demanda incurrió en gastos por la suma de \$22.320.000, no obstante, no obra prueba alguna de su causación. Es menester recordar que compete a la parte demandante la prueba de los perjuicios que alega, como lo es el daño emergente.

## **10. CONGRUENCIA DE LAS PRETENSIONES CON LA SENTENCIA.**

Se interpone esta excepción por cuanto en la jurisdicción civil, la justicia es rogada, esto es, que el Juez se encuentra atado a lo solicitado, no pudiéndose fallar ultra o extra petita, lo anterior, en virtud de lo consagrado en el artículo 281 del CGP, que reza:

Artículo 281. Congruencias. La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley.

No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en esta. Si lo pedido por el demandante excede de lo probado se le reconocerá solamente lo último.

En la sentencia se tendrá en cuenta cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda, siempre que aparezca probado y que haya sido alegado por la parte interesada a más tardar en su alegato de conclusión o que la ley permita considerarlo de oficio.

Es decir, **no podrá reconocerse en la sentencia concepto alguno distinto o superior a los solicitados por la parte actora, aunque se aclara que ninguno de ellos tiene vocación de prosperidad.**

Por lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

---

<sup>28</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017

## 11. LA REPARACIÓN DEL DAÑO NO PUEDE SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO PARA LA PARTE DEMANDANTE

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

“Ciertamente puede decirse cuando el artículo 2341 del Código Civil prescribe que el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, se adopta, en armonía con el inciso 2 del artículo 1649 del Código Civil, el principio según el cual la prestación de la obligación resarcitoria llamada indemnización, tiene como límite cuantitativo aquel que, según su función de dejar indemne (sin daño), alcance a reparar directa o indirectamente el perjuicio ocasionado, para el restablecimiento, en sus diferentes formas, de la misma situación patrimonial anterior, (...)”<sup>29</sup>

En otras palabras, es **improcedente jurídicamente conceder una indemnización que no solo tenga la finalidad de llevar a la víctima al estado anterior al acaecimiento del hecho dañoso, sino que también tenga el propósito de enriquecer a la parte actora.** Lo anterior, por cuanto como se ha explicado, la indemnización de perjuicios no puede ser utilizada como herramienta para enriquecer a la víctima, sino para repararle efectivamente los daños que haya padecido. Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que no es admisible la presunción en esa materia, de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente, que no encuentra acreditado el perjuicio material y mucho menos el inmaterial que los demandantes pretenden obtener.

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

En virtud de lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

---

<sup>29</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 9 de julio de 2012. MP. Ariel Salazar Ramirez. EXP: 11001-3103-006-2002-00101-01

## 12. GENÉRICA O INNOMINADA

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.

### CAPÍTULO IV CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA COMPENSAR EPS.

#### I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

**FRENTE AL HECHO 1.** De conformidad con el escrito de demanda, es cierto que en el presente asunto se demandó a ASISTIR SALUD S.A.S., COMPENSAR EPS y a SEGUROS DEL ESTADO S.A., no obstante, es de resaltar que no me consta la supuesta existencia de perjuicio alguno en cabeza de la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ MESA.

**FRENTE AL HECHO 2.** De conformidad con el acápite de pretensiones, es cierto que los accionantes solicitan una indemnización, no obstante, cabe reseñar que la misma es completamente impróspera al no haberse presentado una falla en la atención médica prestada a la señora CARMEN ADRIANA GONZALEZ MESA.

**FRENTE AL HECHO 3.** Es cierto en que la Caja de Compensación Familiar COMPENSAR suscribió la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022100405/0. Sin embargo, ello no indica per se que el referido contrato de seguro se pueda afectar.

Al respecto, es importante reseñar que para todos los efectos legales y jurídicos, el despacho deberá tener en cuenta que la obligación condicional contemplada en las póliza de seguro se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, la vigencia, etc., luego **son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, al contenido de las condiciones de la póliza.**

Descendiendo al caso en concreto, tenemos que la referida póliza no se podrá afectar, pues no se ha demostrado la responsabilidad civil médica que se demanda y, en ese sentido no se ha materializado la realización del riesgo asegurado del que pende la obligación condicional de mi prohijada.

**FRENTE AL HECHO 4.** Es cierto que la Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS suscribió nuevamente un contrato de seguros con mi representada, el cual se materializó a través de la póliza de responsabilidad civil No. 022280226/0 y tuvo un periodo de vigencia del 01/06/2018 al 31/05/2019, siendo prorrogado posteriormente hasta el día 30/08/2019, no obstante, se debe resaltar que la referida póliza no se podrá afectar, teniendo en cuenta que no se ha materializado el riesgo asegurado y que tal póliza fue convenida bajo la modalidad Claims Made, cuyas características respecto a su cobertura,



requieren que deban concurrir simultáneamente los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”; y, (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular 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 30/11/2006 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

En ese sentido tenemos que, si bien los hechos ocurrieron en el periodo de retroactividad de la precitada póliza, la primer reclamación que se presentó a nuestro asegurado, conforme se confiesa y acredita a través de las pruebas documentales obrantes en el plenario, fue el día 23 de agosto de 2017, cuando recibió la citación y la solicitud de conciliación enviadas por parte de la Procuraduría General de la Nación.

**FRENTE AL HECHO 5.** De conformidad con el condicionado de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022100405/0, es cierto que la referida póliza cuenta con un periodo de retroactividad desde el día 30/11/2006, lo anterior, debido a que la misma, también fue pactada bajo la modalidad Claims Made, como a continuación se denota:

### 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 30/11/2006 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

**FRENTE AL HECHO 6.** De conformidad con el condicionado de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022100405/0, es cierto que el tomador y asegurado de la referida póliza es la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, tal y como a continuación se denota:

Datos Generales	
<b>Tomador del Seguro:</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR . NIT: 8600669427 AV CR 68 N 49A 47 0 BOGOTA Teléfono: 4280666 Email: arcaipac@compensar.com
<b>Asegurado:</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR . NIT: 8600669427 AV CR 68 N 49A 47 0 BOGOTA Teléfono: 4280666 Email: arcaipac@compensar.com
<b>Póliza y duración:</b>	Póliza nº: 022100405 / 0 Suplemento N°: 1 Duración: Desde las 00:00 horas del 01/06/2017 hasta las 24:00 horas del 31/05/2018. A partir de la fecha de efecto de este suplemento las Condiciones de la póliza de seguro quedan sustituidas íntegramente por las presentes condiciones. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

**FRENTE AL HECHO 7.** De conformidad con el condicionado de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022100405/0, es cierto que la referida póliza fue suscrita bajo la modalidad Claims Made, cuyas características respecto a su cobertura, requieren que deban concurrir simultáneamente los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”; y, (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular 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 30/11/2006 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.**

**FRENTE AL HECHO 8.** De conformidad con las pruebas documentales obrantes en el plenario, es cierto que el día 13 de octubre de 2017, COMPENSAR EPS radicó ante mi prohijada un escrito en el que se indica que fue convocada a una audiencia de conciliación extrajudicial que se llevaría a cabo el día 19 de octubre de 2017.

**FRENTE AL HECHO 9.** Es cierto que el 21 de agosto de 2019 se radicó un escrito ante mi prohijada, no obstante, debo resaltar que la misma no tiene la vocación de interrumpir el término prescriptivo, lo anterior debido a que I) la interrupción de la prescripción se encuentra contenida en el último inciso del artículo 94 del Código General del Proceso, el cual prevé que “El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez”, II) el escrito que fue radicado ante mi prohijada no se define correctamente la obligación que se propende suspender, lo anterior, debido a que de conformidad con lo relatado en este escrito, la única póliza que podría operar sería la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022100405/0, empero, en dicho escrito se indica que lo que se busca es interrumpir la prescripción del contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 021933232/0, la cual no ofrece cobertura para el caso de marras, tal y como a continuación se destaca:

SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., identificada civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, actuando en representación de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, en su programa de EPS (en adelante COMPENSAR EPS), conforme a Escritura Pública No. 12.913 del 10 de diciembre de 2015 elevada ante la Notaría Treinta y Ocho (38) del Circulo Notarial de Bogotá anexa a la presente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 94 del Código General del Proceso, me permito presentar requerimiento escrito ante ALLIANZ SEGUROS S.A., para efectos de interrumpir la prescripción del contrato de seguros definida en el artículo 1081 del Código del Comercio respecto de los hechos plasmados en la solicitud de conciliación de la referencia que configuran la ocurrencia de un siniestro en los términos de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021933232/0 del 01 de junio de 2016, suscrita con la aseguradora en cuestión.

En ese sentido, es necesario precisar que si bien el término de prescripción empezó a computarse desde el día 24/08/2017, cuando se le presentó una reclamación extrajudicial a COMPENSAR EPS, el mismo no fue suspendido y/o interrumpido sino hasta el día 09/03/2021 que fue cuando se presentó el llamamiento en garantía a mi prohijada.

En atención a lo dicho, se resalta cómo el Dr. Hernán Fabio López Blanco, indicó:

“(…) Ahora, es de entender que el requerimiento escrito **para que surta sus efectos debe ser preciso, concreto e identificar claramente la obligación cuyo pago se solicita**. Por eso comunicaciones de contenido general dirigidas a un deudor no tienen esas connotaciones, como tampoco la puede tener otras que no hacen referencia al punto específico de obtener el pago.” (negritas propias)

Así las cosas, teniendo en cuenta que lo consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio que establece una prescripción bienal a partir de la fecha en que se tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción, es claro como las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas, pues el llamamiento en garantía se formuló con posterioridad a dicho término.

**FRENTE AL HECHO 10.** Es cierto que este caso se identificó en el sistema interno de ALLIANZ SEGUROS S.A. con el número 85091491.

**FRENTE AL HECHO 11.** Es cierto que la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022100405/0 ofrece cobertura para el caso de marras, no obstante, debe tenerse en cuenta que no se ha materializado el riesgo asegurado y, aunque ello fuere así, las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas.

## **I. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 1:** Me opongo a la prosperidad de esta pretensión como quiera que, de conformidad con el acervo probatorio obrante al interior del presente trámite

no obran elementos que permitan acreditar la existencia de una responsabilidad como la que pretende la parte demandante se declare, como quiera que la atención médica, tratamiento y demás servicios prodigados a la señora CARMEN ADRIANA GONZALES se ajustaron a la literatura médica y se practicaron de forma oportuna, perita y diligente. Sin perjuicio de ello, es preciso advertir al Despacho que, la existencia de una póliza de responsabilidad civil no conlleva *per se* al surgimiento de obligación indemnizatoria por parte de mi procurada, como quiera que la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022100405/0 fue otorgada bajo la modalidad Claims Made, de tal suerte, a fin de que la precitada póliza brinde cobertura respecto a los hechos sobre los cuales se cimienta este trámite es necesario que se agoten los presupuestos propios de la modalidad en que fue otorgada y que no se configure ninguna causal legal o convencional de inoperancia del contrato de seguro como la que opera en este caso al encontrarse prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 2:** Me opongo al reconocimiento de esta pretensión subsidiaria como quiera que, de conformidad con la documentación obrante al interior del presente trámite, particularmente, de la historia clínica adosada al plenario es claro como la actuación del personal médico se ajustó en todo momento a las necesidades de la paciente. La conducta de los médicos tratantes estuvo exenta de culpa. Por ende, no puede atribuirse a las demandadas ningún tipo de responsabilidad civil o profesional. De tal suerte, que al no existir en este caso prueba de transgresión de la *lex artis* médica, por conexidad, no existe culpa atribuible a las entidades demandadas, siendo en todo caso necesario recordar al Despacho que al interior del presente caso ha operado el fenómeno de la prescripción derivada del contrato de seguro.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN 3:** Me opongo a la prosperidad de esta pretensión de condena incoada por la llamante en garantía pues, es claro como la atención médica brindada a la señora CARMEN ADRIANA GONZALES fue oportuna, idónea y adecuada, cumpliendo los estándares de atención y prestación del servicio médico, tal como consta en la historia clínica que fue allegada por la actora, razón por la cual resulta imposible la prosperidad esta pretensión al no cumplirse los elementos axiológicos de la responsabilidad civil médica, como quiera que no obra al interior del expediente elementos probatorios que permitan acreditar la existencia de un nexo de causalidad entre la conducta deprecada por los galenos tratantes y los perjuicios presuntamente ocasionados a la demandante, y adicionalmente al encontrarse prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro.

## II. EXCEPCIONES DE MÉRITO:

### 1. **PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

El Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece provisiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

**“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>.** La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Por otro lado, en lo atinente a los seguros de responsabilidad, para evaluar la prescripción derivada del contrato de seguro es necesario analizar el artículo 1131 del Código de Comercio que establece:

**“ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así, deberá en los seguros de responsabilidad entenderse ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el externo imputable al asegurado. Al respecto ha precisado la Corte Suprema de Justicia:

**“Rememórese que, según el artículo 1131 del Código de Comercio, modificado por la ley 45 de 1990, en los seguros por responsabilidad se entiende «ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado...», momento que, además de ser el jalón para el comienzo del término prescriptivo, debe estar incluido en el plazo de vigencia de la póliza respectiva.**”

(...)

**“Para señalar, por ejemplo, el debate del gobierno del artículo 1131 del Código de Comercio, en materia de prescripción por las imprecisiones que pudo presentar al aprobarse o ponerse en vigencia en 1971 el Código de Comercio Nacional vigente, al distinguir la fecha del siniestro para el asegurado y la víctima como factores detonantes de la prescripción, con la Ley 45 quedaron zanjadas todas las dudas o diferencias, en relación con los arts. 1081 del C. de Co. y 2536 del C.C., desapareciendo todo desequilibrio entre víctima, asegurado y aseguradora en el punto prescriptivo.**”<sup>30</sup>(subrayado y negrilla fuera del texto original)

<sup>30</sup> Corte Suprema de Justicia, SC 130-180 del 12 de febrero de 2018, M.P. Arold Wilson Quiroz Monsalvo.

En distinto pronunciamiento, la misma corporación indicó que el término prescriptivo del llamado en garantía deberá empezar a contarse a partir de la fecha en que se realiza la reclamación judicial o extrajudicial al asegurado, como se lee:

*“Del contenido de ese mandato refulge, sin duda, que en los seguros de responsabilidad civil, especie a la que atañe el concertado entre Flota Occidental S.A. y Axa Colpatria Seguros S.A., subsisten dos sub-reglas cuyo miramiento resulta cardinal para arbitrar cualquier trifulca de esa naturaleza. La primera, consistente en que el término de prescripción de las acciones que puede ejercer el agredido contra el ofensor corre desde la ocurrencia del “riesgo asegurado” (siniestro). **Y la segunda, que indica que para la aseguradora dicho término inicia su conteo a partir de que se le plantea la petición judicial o extrajudicial de indemnización por la situación o circunstancia lesiva al tercero**, no antes ni después de uno de tales acontecimientos, lo que revela el error del censurado que percibió cosa diversa.*

*Ello es así, sobre todo porque si la aseguradora no fue perseguida mediante acción directa, sino que acudió a la lid en virtud del llamamiento en garantía que le hizo Flota Occidental S.A. (demandada) para que le reintegrara lo que tuviera que sufragar de llegar a ser vencida, era infalible aplicar el precepto 1081 ib., en armonía con lo consagrado en el artículo 1131 ib. a efectos de constatar si la intimación se le hizo o no de forma tempestiva.*

*De lo antelado se infiere, con certeza, que en este evento, **al estar de por medio un seguro de responsabilidad civil, pues fue en virtud de ese pacto que Flota Occidental requirió a Axa Colpatria Seguros S.A. (llamada en garantía), era, pues, impostergable establecer, con base en la citada disposición (art. 1131 ib.), desde cuándo empezó a correr el término de prescripción bienal o quinquenal de las acciones contractuales que podía ejercer la transportadora frente a la aseguradora, valga decir, si desde que los causahabientes de los fallecidos le reclamaron por vía extrajudicial ora judicialmente; ello con el fin de conocer la suerte de la excepción de prescripción** que Axa Colpatria Seguros S.A., enarbó con miras a fraguar el llamado que le hizo Flota Occidental S.A., (asegurada), por ser esa, y no otra la directiva indicada para sortear tal incógnita.*

*Para reforzar lo dicho, es preciso señalar que en el ramo de los seguros de responsabilidad civil la ley no exige que el productor del menoscabo primero sea declarado responsable para que pueda repetir contra el asegurador, pues basta con que al menos se la haya formulado una reclamación (judicial o extrajudicial), ya que a partir de ese hito podrá dirigirse contra la aseguradora en virtud del contrato de seguro; luego, siendo ello así, como en efecto lo es, mal se haría al computarle la*

*prescripción de las acciones que puede promover contra su garante desde época anterior al instante en que el perjudicado le reclama a él como presunto infractor.”<sup>31</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto)*

En esa misma determinación y siguiendo la misma línea respecto del momento en que debe empezar a contarse el término prescriptivo, hizo ver que:

*“(…) **La demanda judicial o extrajudicial de la indemnización de la víctima al asegurado, la toma el citado precepto como hecho mínimo para la exigibilidad de la responsabilidad que pueda reclamar el asegurado frente al asegurador […]** **Luego si solo desde ese instante puede reclamarse la responsabilidad al asegurador por parte del asegurado, mal puede hacerse el cómputo de la prescripción desde época anterior** (CSJ SC de 18 de may. de 1994, Rad. 4106).”<sup>32</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto)*

De modo que resulta claro, que el término bienal para que opere la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro deberá empezar a contarse desde el momento en que la víctima hace la reclamación al asegurado, pues es allí cuando nace la obligación condicional de esta. Así lo ha expuesto la Corte y lo ha confirmado en diversos planteamientos jurisprudenciales que dan cuenta de que es la fecha de la reclamación extrajudicial la que marca el hito temporal a partir del cual deberá empezar a contarse el término bienal de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro.

Finalmente, vale la pena resaltar que el Consejo de Estado rememoró anteriores pronunciamientos frente a la prescripción de que trata el artículo 1131 del Código de Comercio, indicando que el término a partir del cual empieza a correr la prescripción frente al asegurado, es justamente a partir del momento en que se realiza la petición judicial o extrajudicial que le efectúe la víctima. Expuso:

*“(…) Es claro, sin perjuicio del régimen prescriptivo establecido en el artículo 1131 del C. de Co. para el seguro de responsabilidad civil, en el que la prescripción corre frente al asegurado a partir del momento de la petición indemnizatoria, (judicial o extrajudicial), que efectúe la víctima, y, respecto de ésta, desde “el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado”, según lo esclareció el legislador del año 1.990 (art. 86, Ley 45).”<sup>33</sup>*

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que el asegurado COMPENSAR EPS tuvo conocimiento de la reclamación el día 24/08/2017 cuando le llegó la solicitud de conciliación y la citación a la audiencia de conciliación extrajudicial que se llevaría a cabo el día 24/08/2017, tal y como a continuación se relaciona:

<sup>31</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SCT13948-2019 M.P Octavio Augusto Tejeiro

<sup>32</sup> Ibidem

<sup>33</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Radicación No. 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472) C.P. Danilo Rojas Betancourt

En este sentido, me permito manifestar que el veinticuatro (24) de agosto de dos mil diecisiete (2017), mi representada fue notificada de la citación a audiencia de conciliación convocada por la señora **CARMEN ADRIANA GONZALEZ MESA**, quien solicita la conciliación por concepto de daños y perjuicios ocasionados por la presunta negligencia en la toma de la mamografía realizada el día nueve (09) de agosto de dos mil catorce (2014).

En concordancia con lo dicho, el termino bienal feneció el día 24/08/2019 sin que se hubiera presentado suspensión o interrupción de dicho término. Lo anterior, debido a que el escrito del 21 de agosto de 2019 que refiere el llamante en garantía no tuvo la vocación de interrumpir el término prescriptivo, lo anterior debido a que I) la interrupción de la prescripción se encuentra contenida en el último inciso del artículo 94 del Código General del Proceso, el cual prevé que “El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez”, II) el escrito que fue radicado ante mi prohijada no se define correctamente la obligación que se propende suspender, lo anterior, debido a que de conformidad con lo relatado en este escrito, la única póliza que podría operar sería la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022100405/0, empero, en dicho escrito se indica que lo que se busca es interrumpir la prescripción del contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 021933232/0, la cual no ofrece cobertura para el caso de marras, tal y como a continuación se destaca:

**SANDRA MÓNICA BAUTISTA GUTIÉRREZ**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., identificada civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, actuando en representación de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**, en su programa de EPS (en adelante **COMPENSAR EPS**), conforme a Escritura Pública No. 12.913 del 10 de diciembre de 2015 elevada ante la Notaría Treinta y Ocho (38) del Circulo Notarial de Bogotá anexa a la presente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 94 del Código General del Proceso, me permito presentar requerimiento escrito ante **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, para efectos de interrumpir la prescripción del contrato de seguros definida en el artículo 1081 del Código del Comercio respecto de los hechos plasmados en la solicitud de conciliación de la referencia que configuran la ocurrencia de un siniestro en los términos de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021933232/0 del 01 de junio de 2016, suscrita con la aseguradora en cuestión.

En ese sentido, es necesario precisar que si bien el término de prescripción empezó a computarse desde el día 24/08/2017, cuando se le presentó una reclamación extrajudicial a **COMPENSAR EPS**, el mismo no fue suspendido y/o interrumpido sino hasta el día 09/03/2021 que fue cuando se presentó el llamamiento en garantía a mi prohijada.

En atención a lo dicho, se resalta cómo el Dr. Hernán Fabio López Blanco, indicó:



“(…) Ahora, es de entender que el requerimiento escrito **para que surta sus efectos debe ser preciso, concreto e identificar claramente la obligación cuyo pago se solicita**. Por eso comunicaciones de contenido general dirigidas a un deudor no tienen esas connotaciones, como tampoco la puede tener otras que no hacen referencia al punto específico de obtener el pago.” (negritas propias)

Así las cosas, teniendo en cuenta que lo consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio que establece una prescripción bienal a partir de la fecha en que se tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción, es claro como las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas, pues el llamamiento en garantía se formuló con posterioridad a dicho término.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción, por cuanto el término prescriptivo feneció el 08 de marzo de 2021.

## **2. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A., TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN EL CONTRATO DE SEGURO No. 022100405/0**

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohijada Allianz Seguros S.A., respecto de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022100405/0 de fecha 01 de junio de 2017. Por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, acaecido dentro de la vigencia de la póliza o dentro el periodo de retroactividad contado desde el 30/11/2006 y reclamado al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la póliza. Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que menciona como amparo principal:

*“SECCIÓN PRIMERA – COBERTURA BÁSICA  
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL*

*Amparo*

1. La **responsabilidad civil profesional del ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza 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, medico 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.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

*“Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.”*

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto no hubo falla médica atribuible COMPENSAR EPS. Por cuanto, como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, se actuó de manera oportuna y diligente frente a la atención médica requerida por parte de CARMEN ADRIANA GONZALEZ MESA. En consecuencia, no existe realización de riesgo asegurado en el presente asunto, toda vez que no hubo falla en el servicio, pues de la historia clínica del paciente, se puede establecer que se actuó de manera oportuna y diligente por parte de las demandadas.

En conclusión, durante la prestación del servicio de salud se adaptó a la lex artis y a la literatura médica a fin de brindar los servicios y tratamientos necesarios para lograr la estabilidad del mismo, tal como se expuso en las excepciones de mérito propuestas en la contestación de la demanda. Así las cosas, y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de COMPENSAR EPS, no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla médica en cabeza de COMPENSAR EPS, no podrá bajo ninguna circunstancia afectarse la póliza identificada con el No 022100405/0 y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

### **3. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022100405/0**

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al Asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

*“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”<sup>34</sup>*

<sup>34</sup> Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia definió la inexistencia de responsabilidad del asegurador cuando el riesgo se encuentra expresamente excluido, así:

*“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. **Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo,** mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), **luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes.**”<sup>35</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2018, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

*“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, **en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.**”*

*Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «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»<sup>36</sup> (Negrilla y resaltado por fuera del texto original).*

De igual forma, la jurisprudencia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden a su arbitrio asumir los riesgos que consideren pertinentes:

---

35 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Rad 2000-5492-01. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

36 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de diciembre de 2019. Rad. 2008-00193-01. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

*“(…) 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 asegurativo. 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 por fuera del texto original)<sup>37</sup>*

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. De forma que en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador, y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

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

En consecuencia, de hallarse configurada, según la prueba recaudada, al menos una de las exclusiones consignadas en las condiciones generales o particulares de la póliza, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

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

---

37 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

#### **4. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE EN LA PÓLIZA 022100405/0**

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar alguna indemnización, resulta fundamental que tenga en cuenta el deducible que se pactó en la referida póliza, así:

##### **DEDUCIBLE:**

El deducible convenido se aplicará 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.

##### **Conciliaciones:**

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$1.000.000 siempre y cuando el monto de la conciliación sea inferior a las pretensiones.

##### **Demás Eventos:**

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$3,000,000. Aplica para toda y cada pérdida.

Deducible Agregado COP \$120.000.000 que será alimentado por las pérdidas liquidadas después de deducible.

En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el Honorable Juzgador tome en consideración que, tanto la definición del deducible como su forma de aplicación, ha sido ampliamente desarrollada por la Superintendencia Financiera de Colombia en distintos conceptos, como el que se expone a continuación:

*“Una de tales modalidades, **la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida**, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.*

*En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio*

*al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”<sup>38</sup> (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuenta del importe de la indemnización, la suma pactada como deducible.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

##### **5. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA 022100405/0**

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta 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 Juzgado 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*

---

<sup>38</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

*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*<sup>39</sup> (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 y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Que en este caso resulta ser la siguiente, para los amparos que a continuación se relacionan en virtud de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022100405/0 de fecha 1 de junio de 2017.

#### Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	1.000.000.000,00	2.000.000.000,00
9.RC Bienes Bajo Cuidado, Control y Custodia	150.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	1.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio de que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y de que la acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022100405/0 contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Despacho en el remoto e improbable evento de una condena en contra de COMPENSAR EPS.

#### 6. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES

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

<sup>39</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castil lo Rúgeles. EXP 5952.

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

La obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS S.A. depende del contenido de la póliza suscrita y aceptada por las partes contratantes, por lo cual, se hace necesario destacar que la obligación de ésta no nace sino hasta cuando se realiza o se materializa el riesgo asegurado, pues es allí cuando surge el deber indemnizatorio de la compañía, bajo el entendido de que no se haya configurado una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad.

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

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

En ese orden de ideas, solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada esta excepción.

## **7. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA**

Sin perjuicio de lo expuesto en las excepciones planteadas anteriormente, en el remoto e improbable caso en que haya una condena en contra de mi representada, ello generaría un rubro a favor de la entidad que llama en garantía, lo cual no tiene justificación legal o contractual alguna, lo que se derivaría en un enriquecimiento sin causa, figura prohibida en nuestra legislación.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **8. GENÉRICA O INNOMINADA**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código del Comercio.



## CAPÍTULO IV MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

### 1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022100405/0 de fecha 1 de junio de 2017.
- 1.2. Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGUROS S.A., que ya obra en el expediente.
- 1.3. Escritura pública a través de la cual se me confiere poder general para representar a Allianz Seguros S.A., la cual ya obra en el expediente.
- 1.4. Citación a audiencia de conciliación de fecha 23 de agosto de 2017.

### 2. INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a quienes integran la parte demandante, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito les formularé sobre los hechos de la demanda.

Así mismo, ruego hacer comparecer a los representantes legales de las entidades demandadas, especialmente al de COMPENSAR EPS a fin de que pueda ser interrogado acerca de los hechos de la demanda, así como de los fundamentos de las excepciones propuestas por mi prolijada en relación con la demanda y el llamamiento en garantía.

### 3. TESTIMONIALES

- 3.1. Solicito se sirva citar al doctor **CAMILO ANDRÉS MENDOZA GAITÁN**, asesor externo de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro No. 022100405/0. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. El testigo podrá ser citado en la CALLE 13 No 10 -22 apt. 402 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico [camiloanmega@gmail.com](mailto:camiloanmega@gmail.com)

## CAPÍTULO V ANEXOS

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de Allianz Seguros S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Cali, en el que consta el poder otorgado al suscrito.

**CAPITULO VII**  
**NOTIFICACIONES**

La parte actora y llamante en garantía en el lugar indicado en la demanda y en la contestación de esta, respectivamente.

Mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 13A N° 29-24, Piso 9, de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: [notificacionesjudiciales@allianz.co](mailto:notificacionesjudiciales@allianz.co)

Al suscrito en la Carrera 11 A No.94 A – 56, Oficina 402 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Del Señor Juez, respetuosamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

**Empresas**

Condiciones del  
Contrato de Seguro

Póliza N°  
**022100405 / 0**

**Allianz**

# Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

[www.allianz.co](http://www.allianz.co)

01 de Junio de 2017

Tomador de la Póliza

## **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR .**

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

WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE  
SEGUROS S

Allianz Seguros S.A.

**Allianz** 



## SUMARIO

<b>PRELIMINAR.....</b>	<b>4</b>
<b>CONDICIONES PARTICULARES.....</b>	<b>5</b>
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
<b>CONDICIONES GENERALES.....</b>	<b>15</b>
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	15
Capítulo III - Siniestros.....	23

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

## Capítulo I Datos Identificativos

### Datos Generales

<b>Tomador del Seguro:</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR . AV CR 68 N 49A 47 0 BOGOTA Teléfono: 4280666 Email: arcaipac@compensar.com	NIT: 8600669427
<b>Asegurado:</b>	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR . AV CR 68 N 49A 47 0 BOGOTA Teléfono: 4280666 Email: arcaipac@compensar.com	NIT: 8600669427
<b>Póliza y duración:</b>	Póliza n°: 022100405 / 0 Suplemento N°: 1 Duración: Desde las 00:00 horas del 01/06/2017 hasta las 24:00 horas del 31/05/2018.  A partir de la fecha de efecto de este suplemento las Condiciones de la póliza de seguro quedan sustituidas íntegramente por las presentes condiciones. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.	
<b>Intermediario:</b>	Renovable a partir del 31/05/2018 desde las 24:00 horas. WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S Clave: 1077217 AVE CALLE 26 CR 59 - 41 Piso 6 BOGOTA NIT: 8909016044 Teléfonos: 6067575 0 E-mail: diana.bustamante@willistowerswatson.com	

### Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	AV CR 68 N 49A 47 0

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Otras Clínicas

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	1.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	827,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	593,00
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 30/11/2006 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	2.000.000.000,00
9.RC Bienes Bajo Cuidado, Control y Custodia	150.000.000,00	300.000.000,00
10.RC. Profesional	1.000.000.000,00	2.000.000.000,00

## Especificaciones Adicionales

### Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1077217	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S	80,00
1076176	CORRECOL CORRED COL DE SEG CORRED DE S	20,00

## Cláusulas

### Beneficiario

Terceros Afectados

### Actividad del Cliente

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, EPS Y DEMÁS DE ACUERDO CON SU OBJETO SOCIAL

### TOMADOR/ASEGURADO:

COMPENSAR. Caja de Compensación Familiar y/o Consorcio Compensar y/o filiales y/o como sus intereses aparezcan.

### DIRECCIÓN DEL REISGO:

AV. 68 No. 49 A - 47

### DEDUCIBLE:

El deducible convenido se aplicará 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.

### Conciliaciones:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$1.000.000 siempre y cuando el monto de la conciliación sea inferior a las pretensiones.

### Demás Eventos:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$3,000,000. Aplica para toda y cada pérdida.

Deducible Agregado COP \$120.000.000 que será alimentado por las pérdidas liquidadas después de deducible.

## CLAUSULAS Y COBERTURAS ADICIONALES:

1. Se extiende a amparar todos los profesionales de la salud Propios y Adscritos.
2. Daños a bienes que pueden resultar dañados con ocasión de la prestación del servicio y por los cuales deba responder el asegurado. Ejemplo: personal médico daña el marcapasos de un paciente, los objetos personales de un paciente que entrega a las enfermeras y se pierden o dañan.
3. Se extiende a amparar practicantes y aprendices
4. Errores en la interpretación y lectura electromagnética de datos en exámenes y medios de diagnóstico.
5. Amparo automático de nuevos predios y operaciones, sistema blanket
6. Amparo automático de nuevos profesionales de la salud, sistema blanket
7. Condición de revocación unilateral de la póliza por parte del tomador/asegurado: No se aplicará corto plazo en caso de cancelación anticipada siempre y cuando la siniestralidad de la póliza no supere el 55%.
8. Errores e inexactitudes no intencionales
9. El presente acuerdo modifica lo estipulado en el Art.1070 del Código de Comercio.
10. Indemnización por clara evidencia sin que exista previo fallo judicial o extrajudicial.
11. Ampliación de la cobertura a tratamientos o intervenciones quirúrgicas con fines de planificación familiar, teniendo en cuenta que COMPENSAR realiza procedimientos tales como vasectomías, ligadura de trompas, la instalación del DIU, etc.
12. Autorización automática para que Compensar lleve a cabo conciliaciones directas, sin que exista previa autorización de la aseguradora, hasta \$50,000,000 siempre y cuando existan claros indicios de responsabilidad por parte de Compensar.
13. Gastos o daños causados por la pérdida o daño de las muestras de laboratorio, biológicas y patológicas, siempre y cuando le cause un perjuicio a un usuario. No se cubre la contaminación biológica.
14. Se extiende a amparar las decisiones dadas por el Comité Técnico Científico y su grupo de apoyo, siempre y cuando le cause un perjuicio demostrable al usuario.
15. Se extiende a amparar las decisiones dadas por los Auditores Médicos, siempre y cuando le cause un perjuicio demostrable al usuario.
16. Se extiende a amparar los profesionales en salud que son contratados directamente, por contrato de prestación de servicios, por el Consorcio Compensar o por cualquier otra modalidad de vinculación.
17. Se amparan las costas e intereses de mora acumulados por condenas a cargo del asegurado, siempre y cuando haya sentencia y haya un hecho cubierto.
18. Se entienden como terceros: los socios, empleados, personal administrativo, sus parientes y todos los afiliados a los programas de la Caja de Compensación Familiar Compensar, cuando se encuentren recibiendo atención médica en calidad de pacientes.
19. Modificaciones a favor del asegurado previo acuerdo con la Compañía

## 20. RESPONSABILIDAD CIVIL BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL

### Amparo

Se ampara la responsabilidad civil extracontractual en que de acuerdo con la ley incurra el ASEGURADO en los términos de la Sección Primera (Cobertura Básica) como consecuencia directa de daños físicos o destrucción de bienes muebles, mientras estos se encuentren bajo el cuidado o la tenencia o el control del asegurado, con sujeción a las siguientes condiciones:

El límite asegurado asumido por LA COMPAÑÍA para daños a bienes de terceros, al igual que el costo de reparación o reemplazo del bien por destrucción del mismo, será el que aparezca como límite por evento o vigencia para este amparo bajo las condiciones particulares de la póliza.

### Exclusiones

1. Bienes inmuebles
2. Bienes muebles que se encuentren asegurados bajo pólizas de daños, sustracción o hurto simple o calificado o con y sin violencia, o que estén asegurado bajo cualesquiera otra cobertura que el asegurado tenga contratada para ampararlos.
3. Bienes muebles y/o inmuebles que se encuentren bajo cuidado, tenencia y/o control de vigilantes o celadores cuando la actividad asegurada sea esta y/o la administración de propiedades, bienes y /o copropiedades.
4. Bienes que se encuentren bajo cuidado, tenencia y/o control del asegurado para o durante su transporte incluyendo las operaciones de cargue y descargue.
5. Bienes que se encuentren bajo cuidado, tenencia y/o control del asegurado para ser mezclados, transformados, empacados o embazados.
6. Pérdida, hurto o desaparición misteriosa
7. Dinero, documentos, valores, títulos valores, joyas, obras de arte y cualquier otro elemento de este tipo.
8. Lucro cesante

### ACLARACIONES PARTICULARES:

1. Se modifica el texto de INTERÉS ASEGURADO, así:

#### 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, así como en los predios de las IPS con los cuales COMPENSAR tiene convenio para prestar servicios médicos a pacientes única y exclusivamente de COMPENSAR.

2. Se modifica el texto de PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO, así:

## ROHIBICIONES 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, salvo que considere no afectar la misma.

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 engañosos 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.

3. Se modifica el texto de OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO, así:

### 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.

No obstante lo anterior y por virtud de lo expuesto en el artículo 1075 del Código de Comercio tendrá pleno valor y efecto la noticia de la ocurrencia del siniestro que se efectúe con posterioridad a los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer.

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 da 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.

A partir desde inicio de vigencia 01 de Junio del 2017 se realiza la siguiente aclaración:

Está cubierto cualquier daño extrapatrimonial que se genere como consecuencia de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza. Como es el caso de la alteración grave de las condiciones de existencia y el daño a la salud.

## Servicios para el Asegurado

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

**En cualquier caso**

**El Asesor WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S**

**Teléfono/s: 6067575 0**

También a través de su e-mail:

diana.bustamante@willistowerswatson.com

**Sucursal: BROKERS LINEAS PERSONALES**

**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](http://www.allianz.co), enlace Atención al cliente.

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

CAJA DE COMPENSACION  
FAMILIAR COMPENSAR .

WILLIS COLOMBIA  
CORREDORES DE  
SEGUROS S

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, farmacéuta, 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 COMPAÑÍA** 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 COMPAÑÍA**.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑÍA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **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 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 Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

### **PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

**Descripción:** Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑÍA 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 COMPAÑIA** 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 COMPAÑIA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.



## 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 engañoso 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 víctima 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 indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite 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 autorizadas 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 calcularán 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 ARBITRAMIENTO**

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**

#### **Ampliación del plazo para aviso de siniestro**



No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a sesenta (60) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

#### **Amparo automático para nuevos predios**

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia.

#### **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.

#### **Anticipo De Indemniz Previa Demost De Cuantía Y Ocurrencia Del Siniestro**

La Compañía anticipará un 60% del valor de la reclamación, una vez se haya demostrado de la ocurrencia y cuantía del siniestro por parte del asegurado.

#### **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 noventa (90) 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.

**10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3**





Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



**WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S**


NIT: 8909016044  
AVE CALLE 26 CR 59 - 41 Piso 6  
BOGOTA  
Tel. 6067575  
Fax 5607181  
E-mail: diana.bustamante@willistowerswatson.com

**Allianz Seguros S.A.**

**[www.allianz.co](http://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

	<b>PROCESO DE INTERVENCIÓN</b>	Fecha de Revisión	18/11/2013
	SUBPROCESO DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL EN DERECHO EN MATERIA CIVIL Y COMERCIAL	Fecha Aprobación	20/11/2013
	FORMATO CITACIÓN CONVOCADO	Versión	1
	REG-IN-CO-012	Página	1 de 1

<b>CENTRO DE CONCILIACIÓN</b> <b>CÓDIGO No.3248</b> <b>PROCURADURÍA DELEGADA PARA ASUNTOS CIVILES</b>	
Solicitud de Conciliación No.	<b>31424</b>
Convocante	<b>CARMEN ADRIANA GONZALEZ MESA JENNY ALEXANDRA REYES GONZALEZ EDWIN MAURICIO REYES GONZALEZ FERMIN GIOVANNY REYES GONZALEZ</b>
Convocado (a)	<b>COMPENSAR EPS IPS ASISTIR SALUD LTDA</b>
Fecha de Solicitud	<b>23 DE AGOSTO DE 2017</b>
Objeto	<b>RESPONSABILIDAD MEDICA</b>

Bogotá, D. 23 DE AGOSTO DE 2017

Señor (a) REPRESENTANTE LEGAL  
COMPENSAR EPS

Calle 26 No. 66 A- 48 Piso 3

Bogotá

De manera atenta me permito convocarle a la audiencia de Conciliación Extrajudicial en Derecho que por solicitud de los Señores (as), **CARMEN ADRIANA GONZALEZ MESA Y OTROS**, Se programó y se llevará a cabo el día **DIECINUEVE (19) DE OCTUBRE DE DOS MIL DIECISIETE (2017) A LAS OCHO Y TREINTA DE LA MAÑANA (8:30 A.M.)**, para la celebración de la Audiencia de Conciliación Extrajudicial en Derecho en el Centro de Conciliación Civil de la *Procuraduría General de la Nación*, adscrito a la Procuraduría Delegada para Asuntos Civiles, ubicado en la Calle 16 No. 4 – 75 Torre C Primer Piso, Bogotá. Dada la importancia de esta oportunidad para solucionar pacíficamente los conflictos que puedan existir con el Convocante (s), le notifico que debe presentarse personalmente en la fecha y hora indicadas, con o sin apoderado (a), y presentar su documento de identidad y certificado de existencia y representación legal en el caso de personas jurídicas o incapaces. El hecho de no comparecer podrá generarle como sanción indicio grave en su contra y multa por falta de justificación a imponer en un eventual proceso judicial, (Art. 22 y parágrafo 1 del Art. 35 de la Ley 640 de 2001, reformado por el Art. 52 de la Ley 1395 de 2010). Se informa que, en razón a los trámites de seguridad para el ingreso al edificio de la *Procuraduría General de la Nación* resulta necesario llegar por lo menos quince (15) minutos antes de la hora fijada para la celebración de la audiencia.

Atentamente,

  
GLORIA ESPERANZA AREVALO  
Sustanciador Centro de  
Conciliación

**Me comprometo a entregar y/o a enviar por correo certificado la presente citación y traslado al convocado(s) de manera inmediata. Igualmente me comprometo a allegar al Centro de Conciliación los soportes de entrega el día de**

Nombre: Luz Condatta Ruiz

Firma: [Signature]

Lugar de Archivo: Centro de Conciliación de la PGN.	Tiempo de Retención: Archivo de Gestión: 5 años, Archivo Central: 3 años.	Disposición Final: Microfilmación y Conservación permanente.
---	---	--

Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación. Calle 16 No. 4 – 75 Torre C Primer Piso PBX 5878750 Ext, 13430/31/35/36/37/38/39/40/82 conciliacion.civil@procuraduria.gov.co

**VIGILADO** Ministerio de Justicia y del Derecho