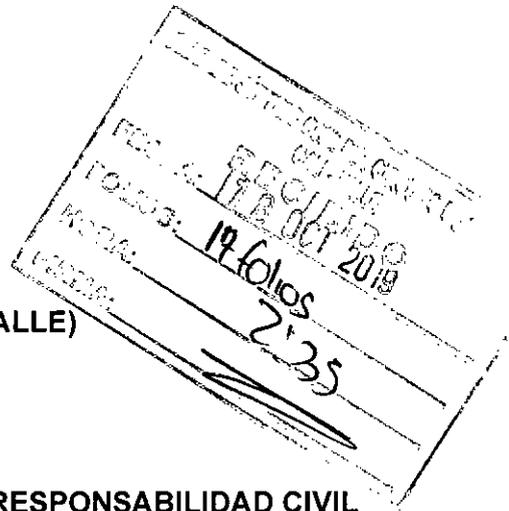


Señores

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (VALLE)

E. S. D.

PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTES: LUCIDIA MENDEZ NIETO Y OTRA
DEMANDADO: INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA COMO PROPIETARIA DE LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS
RADICADO: 2019-013



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, e identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con oficina en la Avenida 6 A Bis # 35N – 100 – Centro Empresarial de Chipichape – Oficina 212, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado especial de **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA** como propietaria de la **CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, conforme poder que obra en el expediente, a través del presente acto reasumo tal mandato, y acto seguido procedo a contestar la demanda de Responsabilidad Civil promovida por la señora **LUCIDIA MENDEZ NIETO** en contra de **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, como propietaria de la **CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS**, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho PRIMERO: Es cierto solo en cuanto tiene que ver con que el día 03 de febrero de 20181 a las 08:23 ingresó el señor Luis Andrey Escobar Mejía a la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, refiriendo “*dolor en el lado izquierdo que se irradia al brazo izquierdo, sensación de adormecimiento en el brazo*” con un tiempo de evolución de una hora.

Ahora bien, con base en el contenido de la historia clínica que se aporta al expediente, es necesario realizar las siguientes precisiones que evidencian la adecuada atención que se le prestó al paciente por parte del cuerpo médico de la Clínica, a saber:

- El señor Luis Andrey Escobar Mejía ingresó a las instalaciones de la clínica a las 8:23 am y tan solo trece minutos después fue valorado por el personal de enfermería, que se encuentra habilitado y perfectamente capacitado para realizar el triage, tal y como lo establece el artículo 8 de la Resolución No. 00005596 de 2015.
- La enfermera, habilitada para realizar el triage, hizo un examen físico exhaustivo al paciente, encontrándolo hemodinámicamente estable, tal como se ilustra a continuación:

Número de Clasificación: 446237	2018/02/03	03/02/2018 08:36
Fecha-Hora Llegada: 03/02/2018 08:23		
Natural de: YUMBO		
DATOS CLINICOS		
Motivo de Consulta: dasdo ahco una hora con dolor en el lado izquierdo que se irradia a brazo izquierdo, sensacion de adormecimiento en el brazo, se observa diaforetico, ansioso, se toma ekg sin alteraciones		
Signos Vitales		
PA: 104/81 mmHg	PA Media: 88 mmHg	
Toma de presión: Automática		
Frecuencia Respiratoria: 19 Res./min.		
Pulso: 86 Pul./min.	Lugar de la toma: Falango	
sigvitem_t 36.9 uni_tem	Saturación de Oxígeno: 98 %	
Estado de Dolor Manifiesto: Severo	Color de la Piel: Palido	
Diagnóstico Descriptivo: DOLOR EN EL PECHO?		
Clasificación: 4 - TRIAGE 4	Servicio Destino: 50 - TRIAGE	
Observaciones: ant palo : hta algr : neg qx : hernia peso : 90kg, dir : cl10 n 20-283 rozo, tel : se toma ekg que no muestra alteración, se comenta con la dra Marmolejo, quien indica que debe ir a su ips primaria, torres de comfandi,		

- Se encuentra que la frecuencia respiratoria, cardiaca, la presión arterial media y la saturación de oxígeno del paciente se encontraban dentro de los parámetros normales.
- Pese a que el paciente se encontraba estable, de forma diligente se procedió a realizar un electrocardiograma que arrojó resultados normales.
 - Por las razones expuestas, la enfermera procedió a clasificar de forma adecuada al paciente como un triage IV, habida cuenta que, se reitera, éste se encontraba hemodinámicamente estable y el electrocardiograma que se le había practicado arrojó resultados normales; sin embargo, para evitar posibles complicaciones, se decidió direccionar al paciente a atención médica prioritaria, actuación que se enmarca perfectamente dentro los lineamientos establecidos en la Resolución No. 00005596 de 2015 con relación a los criterios que se deben tener en cuenta para la clasificación del triage:

ARTÍCULO 5. Categorías del "Triage". Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo:

5.1 Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

5.2. Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

5.3. Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

5.4. Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, **ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.**

5.5. Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Frente al hecho SEGUNDO: El apoderado de la parte demandante realiza varias afirmaciones en este hecho, por lo que se contestará de la siguiente manera:

- (i) Frente a que el señor Luis Andrey Escobar Mejía ingresó a ser evaluado en triage y que se tomaron los signos vitales se indica que es cierto. La enfermera, habilitada para realizar el triage, hizo un examen físico exhaustivo al paciente,

Frente al hecho TERCERO: Es cierto en cuanto a que al paciente se le realizó un examen físico por parte de la enfermera María Eugenia Marín Ramos, encontrándolo hemodinámicamente estable, tal como se ilustra a continuación:

Número de Clasificación: 446237		
Fecha-Hora Llegada: 03/02/2018 08:23	2018/02/03	03/02/2018 08:36
Natural de: YUMBO		
DATOS CLINICOS		
Motivo de Consulta: desde hace una hora con dolor en el lado izquierdo que se irradia a brazo izquierdo, sensación de adormecimiento en el brazo, se observa diaforetico, ansioso, se toma ekg sin alteraciones		
Signos Vitales		
PA: 104/81 mmHg	PA Media: 88 mmHg	
Toma de presión: Automática		
Frecuencia Respiratoria: 19 Res./min.		
Pulso: 86 Pul/min.	Lugar de la toma: Falange	
sigvillom_l 36.9 un_lom	Saturación de Oxígeno: 98 %	
Estado de Dolor Manifesto: Severo	Color de la Piel: Pallido	
Diagnóstico Descriptivo: DOLOR EN EL PECHO.?		
Clasificación: 4 - TRIAGE 4	Servicio Destino: 50 - TRIAGE	
Observaciones:		
ant palo : hta aler : neg qx : hemia peso : 80kg, dir : cl110 n 20-283 rozo, tel : se toma ekg que no muestra alteracion, se comenta con lo dra Marmolejo; quien indica que debe ir a su lps primaria, torres de comandi,		

Se encuentra que la frecuencia respiratoria, cardiaca, la presión arterial media y la saturación de oxígeno del paciente se encuentran dentro de los parámetros normales.

Pese a que el paciente se encontraba estable, de forma diligente se procede a realizar un electrocardiograma que arrojó resultados normales.

Por las razones expuestas, la enfermera procedió a clasificar de forma adecuada al paciente como un triage IV, habida cuenta que, se reitera, éste se encontraba hemodinámicamente estable y el electrocardiograma que se le había practicado arrojó resultados normales.

Frente al hecho CUARTO: No es cierto de la manera en que lo expresa el apoderado de la parte demandante. En este punto, debe indicarse que, tal y como lo establece el artículo 8 de la Resolución No. 00005596 de 2015, el personal de enfermería se encuentra perfectamente capacitado y facultado para realizar el triage a los pacientes. En efecto, de forma adecuada, el día 03 de febrero de 2018 el señor Luis Andrey Escobar fue atendido por el personal de enfermería en el servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, que luego de realizar un examen físico completo, ordenó la realización de un electrocardiograma. Posteriormente, este examen fue valorado por la Dra. Stefania Marmolejo Orozco, que lo encontró sin anomalía alguna.

Por lo expuesto, se tiene que no era necesario que un médico general valorara directamente al paciente, pues los signos físicos y síntomas podían ser perfectamente evaluados por el personal de enfermería que, por Ley, se encuentra habilitado para realizar esta actuación.

En este sentido, debe tenerse en cuenta por el Despacho que NO ES CIERTO que al señor Luis Andrey Escobar no se le hubiesen valorado sus signos vitales; por el contrario, lo que se encuentra acreditado es que personal de enfermería le hizo un examen completo y que ante los síntomas referidos por el paciente procedió a ordenar de forma diligente la práctica de un electrocardiograma.

Frente al hecho QUINTO: No es cierto de la manera en que lo expresa el apoderado de la parte demandante. En este punto, debe indicarse que, tal y como lo establece el artículo 8 de la Resolución No. 00005596 de 2015, el personal de enfermería se encuentra perfectamente capacitado y facultado para realizar el triage a los pacientes. En efecto, de forma adecuada, el día 03 de febrero de 2018 el señor Luis Andrey Escobar fue atendido por el personal de enfermería en el servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, que luego de realizar un examen físico completo, ordenó la realización de un electrocardiograma. Posteriormente, este examen fue valorado por la Dra. Stefania Marmolejo Orozco, que lo encontró sin anormalidad alguna.

Por lo expuesto, se tiene que no era necesario que un médico general valorara directamente al paciente pues los signos físicos y síntomas podían ser perfectamente evaluados por el personal de enfermería que, por Ley, se encuentra habilitado para realizar esta actuación.

En este sentido, debe tenerse en cuenta por el Despacho que NO ES CIERTO que al señor Luis Andrey Escobar no se le hubiesen valorado sus signos vitales; por el contrario, lo que se encuentra acreditado es que personal de enfermería le hizo un examen completo y que ante los síntomas referidos por el paciente procedió a ordenar de forma diligente la práctica de un electrocardiograma.

Frente al hecho SEXTO: Lo que se afirma en este punto no corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva e infundada de la parte demandante, pues como se ha precisado en reiteradas ocasiones, las enfermeras se encuentran perfectamente capacitadas y habilitadas para realizar un examen físico exhaustivo al paciente. Tanto es así que la Resolución No. 00005596 de 2015 taxativamente refiere que el personal de enfermería está habilitado para realizar el triage a los pacientes, a saber:

ARTÍCULO 8. *Personal responsable del "Triage".* En los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad el "Triage" debe ser realizado por profesionales en Medicina o Enfermería. Para los servicios de urgencias de baja complejidad, el "Triage", podrá ser

realizado por auxiliares de enfermería o tecnólogos en atención prehospitalaria con la supervisión médica correspondiente.

En efecto, de forma adecuada, el día 03 de febrero de 2018 el señor Luis Andrey Escobar fue atendido en el servicio de urgencias de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios por el personal de enfermería, que luego de realizar un examen físico completo, ordenó la realización de un electrocardiograma. Posteriormente, este examen fue valorado por la Dra. Stefanía Marmolejo Orozco, que lo encontró sin anormalidad alguna.

Por lo expuesto, se tiene que no era necesario que un médico general valorara directamente al paciente pues los signos físicos y síntomas podían ser perfectamente evaluados por el personal de enfermería que, por Ley, se encuentra habilitado para realizar esta actuación.

De igual modo, debe llamarse la atención en el hecho de que la aseveración que se realiza en este punto carece de soporte probatorio alguno y corresponde más bien a una valoración subjetiva de la parte, que por demás es equivocada.

Frente al hecho SÉPTIMO: Este no es un hecho, sino una consideración de la parte actora que se no encuentra soportada en prueba alguna. Se resalta que desconoce cuál es la fuente de esta afirmación de carácter científico, más aún si se tiene en cuenta que brillan por su ausencia en el presente caso pruebas técnicas o científicas que corroboren esta afirmación. Se resalta que el apoderado de la parte demandante, como abogado no tiene los conocimientos, autoridad ni la experticia necesaria para hacer aseveraciones de este tipo. En todo caso, sobre lo que se consigna en este punto es pertinente hacer las siguientes aclaraciones:

- (i) En cuanto al electrocardiograma se indica que efectivamente corresponde a una ayuda diagnóstica pertinente para la detección de un infarto agudo del miocardio y por ello, le fue ordenado y practicado al señor Luis Andrey Escobar, examen que arrojó resultados normales y no evidenció alteración alguna en su función cardíaca.
- (ii) Frente al ecocardiograma y la resonancia magnética se indica que no corresponden a ayudas diagnósticas que se utilicen en las clínicas de Colombia para la detección de un IAM. De hecho, debe indicarse que la Guía de práctica Clínica para el Síndrome Coronario Agudo del Ministerio de Salud y Protección Social, estipula que la ayuda diagnóstica que debe practicarse en un primer momento cuando un paciente ingresa a urgencias con clínica de infarto es el electrocardiograma, sin que se haga referencia alguna al ecocardiograma y/o la resonancia magnética.

- (iii) Con relación a la necesidad de realizar una prueba de sangre en la que se identifiquen los niveles de troponina, se indica que aunque corresponde a una ayuda diagnóstica pertinente para la detección y diagnóstico de un IAM, lo cierto es que en este caso, ante la clínica presentada por el señor Luis Andrey Escobar, relacionada con normalidad hemodinámica, electrocardiograma en rangos normales, el cuerpo médico de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, a su criterio consideró válidamente que no era necesaria la realización de ésta ayuda diagnóstica. Se resalta que independientemente del desenlace fatal que tuvo el presente caso, lo cierto es que la actuación médica no debe analizarse ex post, esto es, cuando ya se conoce el resultado final del cuadro clínico, sino que, por el contrario, la evaluación que se adelante debe ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico, cuestión que ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia en múltiples pronunciamientos.

Ante este panorama, se tiene que no podía exigírsele al cuerpo médico de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios la realización de un examen de niveles de troponinas, cuando era claro que el paciente no presentaba alteración alguna en su frecuencia respiratoria, cardíaca y en la saturación oxígeno y aunado a ello, el electrocardiograma arrojó un resultado normal.

Y es que, en este punto, debe tenerse en cuenta que el dolor en el pecho puede tener múltiples orígenes, que pueden ir desde un cuadro de ansiedad hasta una pancreatitis.

- (iv) Frente a que la prueba de sangre en la que se evalúen los niveles de Creatinquinasa, mioglobina, fibrinógeno y proteína C es pertinente para casos de sospecha de IAM, se indica que esta afirmación es absolutamente alejada de la realidad, pues la alteración en los niveles de estas enzimas es un signo inespecífico que puede estar relacionado con un sin número de patologías diferentes al IAM. Así, por ejemplo, la Creatinquinasa y la mioglobina se altera cuando existe daño muscular y la proteína C se eleva ante la presencia de una inflamación.¹

Frente al hecho OCTAVO: No es un hecho sino una consideración subjetiva de la parte actora que, como en ocasiones pasadas, no se encuentra soportada en prueba alguna.

Frente al hecho NOVENO: Este no es un hecho, sino una consideración de la parte actora que se no encuentra soportada en prueba alguna. Se resalta que desconoce cuál es la

¹ Biblioteca Nacional de Medicina de los E.E.U.U. <https://medlineplus.gov/spanish/>

fuelle de esta afirmación de carácter científico, más aún si se tiene en cuenta que brillan por su ausencia en el presente caso pruebas técnicas o científicas que corroboren esta afirmación. Se resalta que el apoderado de la parte demandante, como abogado no tiene los conocimientos, autoridad ni la experticia necesaria para hacer aseveraciones de este tipo.

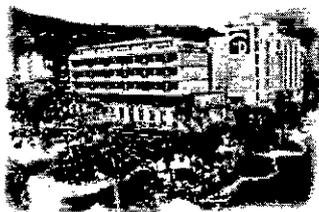
Frente al hecho DÉCIMO: Este no es un hecho, sino una consideración de la parte actora que se no encuentra soportada en prueba alguna. Se resalta que desconoce cuál es la fuente de esta afirmación de carácter científico, más aún si se tiene en cuenta que brillan por su ausencia en el presente caso pruebas técnicas o científicas que corroboren esta afirmación. Se resalta que el apoderado de la parte demandante, como abogado no tiene los conocimientos, autoridad ni la experticia necesaria para hacer aseveraciones de este tipo.

Frente el hecho DÉCIMO PRIMERO: El apoderado de la parte demandante realiza múltiples afirmaciones en este hecho que se contestarán de la siguiente manera:

- (i) Frente a que toda la información de los hechos anteriores es hallada en el link <http://www.clinicadelosremedios.com.co/historia/> se indica que NO ES CIERTO. De hecho, si se ingresa a esa dirección electrónica se halla que en ella se hace una breve descripción de la creación y el origen de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, sin que se haga referencia a literatura médica o científica:

NUESTRA HISTORIA

INICIO / HISTORIA



El Instituto de Religiosas de San José de Gerona, propietaria de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, llegó a Cali en el año de 1922. Cuatro años más tarde y por decreto del Obispo Luis Adriano Díaz, empezaron a trabajar en el cuidado y asistencia de los enfermos de la Clínica Garcés, una de las instituciones de salud más prestantes de la época y propiedad del médico Luis H. Garcés, quien falleció en 1948, pero es en 1954 cuando su familia vende la institución a la mencionada comunidad religiosa.

Al cambiar de propietario la clínica, ubicada inicialmente en la Carrera 8 entre Calles 13 y 14, pasa a llamarse Clínica Nuestra Señora de los Remedios, como tributo a la virgen patrona del Valle del Cauca. En la mencionada dirección laboraron hasta el 24 de septiembre de 1970, fecha en la que se trasladan a su actual sede ubicada la Avenida 2 Norte No. 24-157.

Se trató de una edificación que rompió esquemas, pues las instalaciones de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios se constituyen en uno de los bienes inmuebles de interés cultural más notables de la arquitectura moderna de Cali, de los años 60 y 70, como también lo son el Edificio Carvajal, la Capilla de Fátima, el Acueducto Municipal y los clubes Colombia y Campestre, entre otras.

En la Clínica Nuestra Señora de los Remedios se realizaron las primeras cirugías de cáncer y de trasplante y reimplanté de riñón de la región, especialidades como gastroenterología, ortopedia y urología estuvieron, igualmente, a la vanguardia en materia de técnicas quirúrgicas. También marcó la pauta en la realización de reimplantes de mano.

En Colombia, es reconocida por ser un centro de referencia para cirugías de columna de alta complejidad, entre las que se destaca la Cirugía Toracoscópica-Videoaistida, modalidad quirúrgica en la que es pionera.

La Clínica Nuestra Señora de los Remedios tiene certificados todos sus servicios con la norma de calidad ISO 9001:2006 de Isocert. En el nivel III se destacan cirugía en sus diferentes especialidades, sala de partos, cuidados intensivos e intermedios en adultos y niños, hospitalización, urgencias, imagenología, laboratorio, medicina física y rehabilitación. Nivel IV: reemplazos articulares, estereotáctica y cardiovascular.

- (ii) Frente a que el deceso del señor Luis Andrey Escobar se generó por negligencia médica, se indica que ello además de ser una consideración subjetiva e infundada de la parte demandante, es absolutamente alejada de la realidad. Afirma la parte demandante que el paciente no tuvo acceso a un profesional de

la salud y que no fue recibido ni valorado en debida forma por parte del personal de la Clínica, no obstante, basta con dar un vistazo a la historia clínica que es aportada con la demanda para advertir que, por el contrario, el señor Luis Andrey Escobar sí fue valorado y examinado en detalle por parte del personal de enfermería de la Clínica y que, aunado a ello, se le realizó una ayuda diagnóstica pertinente para su estado, como lo era un electrocardiograma. En efecto, no logra identificarse un actuar negligente, imprudente o imperito por parte del cuerpo de profesionales de mí representada, por lo que solicito al Despacho que desatienda esta afirmación subjetiva de la parte demandante.

Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO: Esta es una consideración subjetiva e infundada que realiza el apoderado de la parte demandante, que no se encuentra soportada en medio de prueba alguno más allá del propio dicho de la parte y que por demás, es alejada de la realidad.

Ahora bien, con base en el contenido de la historia clínica que se aporta al expediente, es necesario realizar las siguientes precisiones que evidencian la adecuada atención que se le prestó al paciente por parte del cuerpo médico de la Clínica a saber:

- El señor Luis Andrey Escobar Mejía ingresó a las instalaciones de la clínica a las 8:23 am y tan solo trece minutos después fue valorado por el personal de enfermería, que se encuentra habilitado y perfectamente capacitado para realizar en triage, tal y como lo establece el artículo 8 de la Resolución No. 00005596 de 2015.
- La enfermera, habilitada para realizar el triage, hizo un examen físico exhaustivo al paciente, encontrándolo hemodinámicamente estable, tal como se ilustra a continuación:

Número de Clasificación: 446237
 Fecha-Hora Llegada: 03/02/2018 08:23 2018/02/03 03/02/2018 08:36
 Natural de: YUMBO

DATOS CLINICOS

Motivo de Consulta:
 desde hace una hora con dolor en el lado izquierdo que se irradia a brazo izquierdo, sensación de adormecimiento en el brazo, se observa diaforetico, ansioso. se toma ekg sin alteraciones

Signos Vitales
 PA: 104/81 mmHg PA Media: 88 mmHg
 Toma de presión: Automática
 Frecuencia Respiratoria: 18 Res./min.
 Pulso: 86 Pul/min. Lugar de la toma: Falange
 sigvitem_t 36,8 un_tom Saturación de Oxígeno: 98 %
 Estado de Dolor Manifiesto: Severo Color de la Piel: Palido

Diagnóstico Descriptivo:
DOLOR EN EL PECHO.?

Clasificación: 4 - TRIAGE 4 Servicio Destino: 50 - TRIAGE

Observaciones:
 ant palo ; hta aler ; neg qx ; hemia peso : 90kg, dir : cll10 n 20-283 rozo, tel : se toma ekg que no muestra alteracion, se comenta con la dra Marmolejo, quien indica que debe ir a su ips primaria, torres de comfandi,

Se encuentra que la frecuencia respiratoria, cardiaca, la presión arterial media y la saturación de oxígeno del paciente se encontraban dentro de los parámetros normales.

- Pese a que el paciente se encontraba estable, de forma diligente se procedió a realizar un electrocardiograma que arrojó resultados normales.
- Por las razones expuestas, la enfermera procedió a clasificar de forma adecuada al paciente como un triage IV habida cuenta que, se reitera, éste se encontraba hemodinámicamente estable y el electrocardiograma que se le había practicado arrojó resultados normales; sin embargo, para evitar posibles complicaciones, se decidió direccionar al paciente a atención médica prioritaria, actuación que se enmarca perfectamente dentro los lineamientos establecidos en la Resolución No. 00005596 de 2015 con relación a los criterios que se deben tener en cuenta para la clasificación del triage:

ARTÍCULO 5. Categorías del "Triage". Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo:

5,1 Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

5.2. Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

5.3. Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

5.4. Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, **ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.**

5.5. Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Con lo expuesto hasta el momento, queda claramente acreditado que el proceder del cuerpo médico de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios fue diligente, perito y adecuado, y que atendió al estado clínico del paciente.

Frente al hecho DÉCIMO TERCERO: No me consta de forma directa lo que se afirma en este hecho, debido a que se hace alusión a una atención médica prestada por una institución diferente a la de mí representada, en la que ésta no tiene intervención de ningún tipo. Sin perjuicio de ello, es preciso reseñar que de conformidad con el contenido de la historia clínica que obra en el expediente, se tiene que en efecto el señor Luis Andrey Escobar, con ocasión al direccionamiento realizado por la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, ingresó a la IPS Torres de Comfandi, en donde le tomaron nuevamente un electrocardiograma y en esta ocasión ya se registró una alteración del segmento ST, cuestión que sin duda enciende la alarma del cuerpo médico de esta institución.

Debe en este punto resaltarse, que, de conformidad con la literatura médica, la ayuda diagnóstica idónea para identificar un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST es el electrocardiograma, el cual, en la gran mayoría de casos suele evidenciar las alteraciones en dicho segmento:

El ECG deberá realizarse siempre que sea posible durante el episodio de dolor. [...] Con estos datos de la historia clínica podemos clasificar a los pacientes con dolor torácico en tres grupos que serán la base de los principales algoritmos para su manejo posterior:

1. Pacientes con SCA (con/sin elevación del ST). Los pacientes con elevación del ST deben ser tratados de inmediato con alguna estrategia de reperfusión coronaria. Los pacientes con SCA-SEST y marcadores de riesgo deben ser ingresados y tratados según las recomendaciones de las guías clínicas que veremos a continuación.
2. Los pacientes con dolor torácico no coronario deberán ser tratados según su etiología.
3. Pacientes con dolor torácico de naturaleza no clara. Son pacientes que deben permanecer con seguimiento. **Si el ECG sigue siendo normal deben repetirse el ECG y los marcadores de necrosis a las seis-ocho horas. Si en el ECG aparecen cambios isquémicos, los marcadores se hacen positivos o aparece un nuevo episodio de angina el paciente debe ser ingresado.**²

En este caso, se debe continuar el seguimiento y precisamente por ello, el personal médico y de enfermería de la clínica decidió direccionar al paciente a consulta prioritaria. En este lugar, como se expuso, en observancia de los protocolos, se practicó nuevamente un electrocardiograma que, para ese momento, sí evidenció alteraciones en el segmento ST, cuadro éste que ya permitió con claridad concluir que el paciente cursaba con un IAM.

Frente al hecho DÉCIMO CUARTO: No me consta de forma directa lo que se afirma en este hecho debido a que se hace alusión a una atención médica prestada por una institución diferente a la de mí representada, en la que ésta no tiene intervención de ningún tipo. Sin perjuicio de ello, es preciso reseñar que de conformidad con el contenido de la historia clínica que obra en el expediente, se tiene que en efecto el señor Luis Andrey Escobar, con ocasión al direccionamiento realizado por la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, ingresó a la IPS Torres de Comfandi, en donde le tomaron nuevamente un electrocardiograma y en esta ocasión ya se registró una alteración del segmento ST, cuestión que sin duda enciende la alarma del cuerpo médico de esta institución.

Debe en este punto resaltarse, que, de conformidad con la literatura médica, la ayuda diagnóstica idónea para identificar un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST es el electrocardiograma, el cual, en la gran mayoría de casos suele evidenciar las alteraciones en dicho segmento:

El ECG deberá realizarse siempre que sea posible durante el episodio de dolor. [...] Con estos datos de la historia clínica podemos clasificar a los pacientes con dolor torácico en tres grupos que serán la base de los principales algoritmos para su manejo posterior:

² TRATADO de GERIATRÍA para residentes. Capítulo 31. Síndrome Coronario Agudo.

1. Pacientes con SCA (con/sin elevación del ST). Los pacientes con elevación del ST deben ser tratados de inmediato con alguna estrategia de reperfusión coronaria. Los pacientes con SCA- SEST y marcadores de riesgo deben ser ingresados y tratados según las recomendaciones de las guías clínicas que veremos a continuación.
2. Los pacientes con dolor torácico no coronario deberán ser tratados según su etiología.
3. Pacientes con dolor torácico de naturaleza no clara. Son pacientes que deben permanecer con seguimiento. **Si el ECG sigue siendo normal deben repetirse el ECG y los marcadores de necrosis a las seis-ocho horas. Si en el ECG aparecen cambios isquémicos, los marcadores se hacen positivos o aparece un nuevo episodio de angina el paciente debe ser ingresado.**³

En el caso que nos ocupa, se tiene que el paciente podría ubicarse en el tercer grupo de pacientes en el que se identifica un dolor torácico de naturaleza no clara. En este caso, se debe continuar el seguimiento y precisamente por ello, el personal médico y de enfermería de la clínica decidió direccionar al paciente a consulta prioritaria. En este lugar, como se expuso, en observancia de los protocolos, se practicó nuevamente un electrocardiograma que, para ese momento, sí evidenció alteraciones en el segmento ST, cuadro éste que ya permitió con claridad concluir que el paciente cursaba con un IAM.

Frente al hecho DÉCIMO QUINTO: Se reitera, no me consta de forma directa lo que se afirma en este hecho, debido a que se hace alusión a una atención médica prestada por una institución diferente a la de mí representada, en la que ésta no tiene intervención de ningún tipo.

Frente al hecho DÉCIMO SEXTO: No me consta de forma directa lo que se afirma en este hecho, debido a que se hace alusión a una atención médica prestada por una institución diferente a la de mí representada, en la que ésta no tiene intervención de ningún tipo.

Frente al hecho DÉCIMO SÉPTIMO: No me consta de forma directa lo que se afirma en este hecho, debido a que se hace alusión a una atención médica prestada por una institución diferente a la de mí representada, en la que ésta no tiene intervención de ningún tipo.

Frente al hecho DÉCIMO OCTAVO: Frente a que el deceso del señor Luis Andrey Escobar se generó por negligencia médica, se indica que ello además de ser una consideración subjetiva e infundada de la parte demandante, es absolutamente alejada de la realidad. Afirma la parte demandante que el paciente no tuvo acceso a un profesional de la salud y que no fue recibido ni valorado en debida forma por parte del personal de la Clínica, no obstante, basta con dar un vistazo a la historia clínica que es aportada con la demanda para

³ Ídem.

advertir que, por el contrario, el señor Luis Andrey Escobar sí fue valorado y examinado en detalle por parte del personal de enfermería de la Clínica y que, aunado a ello, se le realizó una ayuda diagnóstica pertinente para su estado, como lo era un electrocardiograma. En efecto, no logra identificarse un actuar negligente, imprudente o imperito por parte del cuerpo de profesionales de mí representada, por lo que solicito al Despacho que desatienda esta afirmación subjetiva de la parte demandante.

Frente al hecho DÉCIMO NOVENO: Lo que se sostiene en este hecho no es un hecho, sino una consideración subjetiva de la parte actora que no está soportada en medio de prueba alguno y que en todo caso resulta equivocada. El apoderado de la parte actora, sin contar con conocimiento alguno en medicina, afirma que la prueba de electrocardiograma fue corta, aseveración a la que no se le debe dar valor alguno. Contrario a ello, lo que sí se encuentra acreditado es que al señor Luis Andrey Escobar Mejía se le realizó de forma adecuada y perita un electrocardiograma que arrojó resultados normales.

En el caso que nos ocupa, se tiene que se trata de un paciente que ingresó refiriendo dolor en el pecho, pero sin ningún signo de alteración hemodinámica y con un resultado NORMAL en el electrocardiograma, examen además que fue comentado con médicos generales capacitados para atender en urgencias a los pacientes y quienes deciden darle salida y direccionarlo a consulta prioritaria por su EPS.

De igual modo, debe tenerse en cuenta que tampoco es cierto que al señor Luis Andrey Escobar no se le hubiesen valorado sus variables sintomáticas; por el contrario, lo que se encuentra acreditado es que personal de enfermería le hizo un examen completo y que ante los síntomas referidos por el paciente procedió a ordenar de forma diligente la práctica de un electrocardiograma, que se reitera, arrojó resultados normales.

Frente al hecho VIGÉSIMO: A mí representada no le consta de forma directa la veracidad de esta afirmación, pues corresponde a un asunto absolutamente ajeno para ella. Lo que se afirma en este hecho, deberá ser acreditado, en virtud de lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho VIGÉSIMO PRIMERO: Ninguna de las afirmaciones que se realizan en este hecho le constan de forma directa a mí representada, debido a que ésta no tuvo relación alguna con el fallecido, más allá de la existente en virtud de la atención médica prestada.

Sin perjuicio de ello, debe indicarse que en el expediente no obra prueba cierta, de un lado, de que el fallecido reportara un ingreso por la suma descrita y, de otro, que las demandantes dependieran económicamente de aquel. Este asunto deberá ser acreditado de forma cierta

por la parte activa, con base en lo expuesto en el artículo 167 del Código General del Proceso.

Frente al hecho VIGÉSIMO SEGUNDO denominado "VIGÉSIMO PRIMERO": Es cierto en cuanto tiene que ver con la celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial y la inexistencia de acuerdo.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, pues carecen de fundamentos de hecho y de derecho. En efecto, ninguna de las pretensiones podrá prosperar en contra de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, toda vez que, de acuerdo con la información que reposa en el expediente, la reseñada clínica prestó toda la atención médica que requería el señor Luis Andrey Escobar, de conformidad con las condiciones médicas que éste presentaba. Por ello no es posible que las presuntas patologías que presenta la parte actora puedan atribuírsele a la pasiva de este proceso y mucho menos por una actuación negligente por parte de su personal médico.

Frente a la pretensión PRIMERA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, toda vez que la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, no incurrió en negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso, y en esa medida no se cumplen los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos.

Del mismo modo, me opongo a que se declare a la Clínica, como responsable de los supuestos daños y perjuicios ocasionados a las demandantes por el fallecimiento del señor Luis Andrey Escobar, toda vez que la temeraria pretensión que aquí se esgrime, desconoce que la atención, tratamiento y demás servicios prestados en la Clínica, se ajustaron a los protocolos establecidos y se practicaron de forma oportuna, perita y diligente.

Frente a la pretensión SEGUNDA: Me opongo igualmente a que condene a la aquí demandada por algún perjuicio habida cuenta que, no sólo porque hasta el momento brillan por su ausencia los elementos de prueba que permitan endilgar de forma contundente una responsabilidad civil en contra de la parte pasiva, sino porque resultan claramente infundados. Debe tenerse en cuenta que no se halla prueba de que la señora Lucidia Méndez Nieto dependiera económicamente de aquel, lo, medio de convicción imprescindible cuando lo que se pretende es el reconocimiento de un lucro cesante a favor del cónyuge sobreviviente.

Frente a la pretensión TERCERA: Reitero, me opongo igualmente a que condene a la aquí demandada por algún perjuicio habida cuenta que, no sólo porque hasta el momento brillan por su ausencia los elementos de prueba que permitan endilgar de forma contundente una responsabilidad civil en contra de la parte pasiva, sino porque resultan claramente infundados. Debe tenerse en cuenta que no se halla prueba de que la señora Lucidia Méndez Nieto dependiera económicamente de aquel, medio de convicción imprescindible cuando lo que se pretende es el reconocimiento de un lucro cesante a favor del cónyuge sobreviviente.

Frente a la pretensión CUARTA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, toda vez que la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, no incurrió en negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso. Aunado a ello, debe tenerse en cuenta que la solicitud de este perjuicio es evidentemente excesiva y desconoce los parámetros jurisprudenciales establecidos por la Corte Suprema de Justicia en su Jurisprudencia. En este sentido, es manifiesto que las pretensiones que por daño moral se realizan, dan cuenta del ánimo lucrativo de los actores.

Frente a la pretensión QUINTA Y SEXTA: Nos oponemos de forma directa a estas pretensiones, debido a que, además de ser manifiesta la inexistencia de responsabilidad médica en el presente caso, lo cierto es que con estas solicitudes se pretende doble indemnización a favor de la señora Lucidia Méndez Nieto, asunto que se encuentra proscrito por nuestro ordenamiento jurídico por constituir un enriquecimiento sin justa causa. Basta con observar las pretensiones SEGUNDA y TERCERA para percatarse que en ellas también se pretendió una indemnización por el mismo concepto y favor de la misma demandante.

Frente a la pretensión SÉPTIMA: Me opongo a la prosperidad de esta pretensión, toda vez que la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, no incurrió en negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso. Aunado a ello, debe tenerse en cuenta que la solicitud de este perjuicio es evidentemente excesiva y desconoce los parámetros jurisprudenciales establecidos por la Corte Suprema de Justicia en su Jurisprudencia. En este sentido, es manifiesto que las pretensiones que por daño moral se realizan dan cuenta del ánimo lucrativo de los actores.

Frente a la pretensión OCTAVO: Me opongo a esta pretensión, debido a que no existirá condena alguna que deba ser cancelada por mí representada susceptible de generar intereses.

Frente a la pretensión NOVENO: Me opongo y por el contrario solicito que se condene en costas y agencias en derecho a la parte actora, pues sus pretensiones no se encuentran llamadas a prosperar.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con el Art. 206 de la Ley 1564 de 2012, nos permitimos de manera respetuosa presentar **OBJECCIÓN** frente a la liquidación de perjuicios realizados por la parte actora, la cual fundamentamos en la inexactitud, excesiva y errada forma de tasarlos. De entrada, debe ser claro para el Despacho que cualquier condena por concepto de indemnización de perjuicios resultaría improcedente, en razón a que no existe fundamento fáctico ni jurídico que permita endilgar responsabilidad a mi mandatario en el presente caso.

Ahora bien, en el remoto escenario en que el Despacho llegará a atribuir responsabilidad a los demandados y a mi representada por los supuestos daños padecidos por los demandantes, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

FRENTE AL LUCRO CESANTE

- **No se aporta prueba alguna que acredite que para el momento del fallecimiento el señor reportaba un ingreso por el valor que se afirma en la demanda.** La parte actora pretende acreditar que el fallecido tenía un ingreso de \$1.210.877 aportando una presunta certificación laboral en la que no se hace referencia alguna al monto del ingreso del señor Luis Andrey Escobar, de manera que el ingreso que se tuvo como base para el cálculo del lucro cesante, no se encuentra soportado en ninguna prueba cierta. De igual modo, debe tenerse en cuenta que la reseñada certificación es un documento emanado de un tercero que no puede ser oponible a mí representada, hasta tanto no sea ratificado por quien lo elaboró, en atención a la solicitud que al respecto se formula en apartados siguientes.

- **Ausencia de prueba que acredite la dependencia económica de la esposa del fallecido:** El lucro cesante del cónyuge de una persona fallecida, depende en total medida de que la parte demandante acredite de manera cierta e inequívoca una relación de dependencia económica con el fallecido. En el presente proceso, de entrada, no existe prueba que otorgue siquiera un indicio de que la señora Lucidia Méndez Nieto dependiera económicamente del señor Luis Andrey Escobar, medio de convicción indispensable para el reconocimiento de este perjuicio, máxime cuando quien lo solicita se encuentra en edad productiva. Por ello, se hace manifiesto que la tasación de este perjuicio a favor de la demandante es abiertamente infundada.

Con lo anterior se hace manifiesto que la solicitud realizada por la parte actora respecto de este concepto, carece de fundamento fáctico y jurídico, de manera que, de llegarse a

reconocer algún rubro por este perjuicio, se configuraría un enriquecimiento sin justa causa a favor de los demandantes y dejaría de lado que la finalidad de la indemnización es la de resarcir los perjuicios realmente generados y no la de enriquecer el patrimonio de las víctimas.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD

- **AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR INEXISTENCIA DE CULPA IMPUTABLE A LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, POR ESTAR ACREDITADO EL PROCEDER DILIGENTE DE SU CUERPO MÉDICO**

La responsabilidad civil médica reviste caracteres especiales. En principio, se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, 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, se ha determinado de forma vehemente 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. Ello, en razón a que la obligación que asume un médico al tratar a un paciente es meramente de medio y no de resultado, de manera que 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 que debía emplear para curar al paciente:

[...] el médico tan sólo 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[...]⁴

En el caso que nos ocupa, se tiene que la parte actora, sin ningún medio de prueba que la soporte, afirma que el cuerpo médico de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios, desplegó un actuar culposo debido a que supuestamente no se le dio una atención adecuada al señor Luis Andrey Escobar.

Al respecto, debe en este punto indicarse que de conformidad con el contenido de la historia clínica que se aporta al expediente, mí representada dio cabal cumplimiento a las obligaciones legales que le eran exigibles, al poner a disposición del paciente los recursos humanos y tecnológicos pertinentes para procurar su mejoría, a saber:

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicación n° 11001 31 03 018 2001 00339 01. M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO.

- El señor Luis Andrey Escobar Mejía ingresó a las instalaciones de la clínica a las 8:23 am y tan solo trece minutos después fue valorado por el personal de enfermería, que se encuentra habilitado y perfectamente capacitado para realizar en triage, tal y como lo establece el artículo 8 de la Resolución No. 00005596 de 2015.
- La enfermera, habilitada para realizar el triage, hizo un examen físico exhaustivo al paciente, encontrándolo hemodinámicamente estable, tal como se ilustra a continuación:

Número de Clasificación: 446237		
Fecha-Hora Llegada: 03/02/2018 08:23	2018/02/03	03/02/2018 08:36
Natural de: YUMBO		
DATOS CLINICOS		
Motivo de Consulta:		
desde hace una hora con dolor en el lado izquierdo que se irradia a brazo izquierdo, sensación de adormecimiento en el brazo, se observa diaforético, ansioso, se toma ekg sin alteraciones		
Signos Vitales		
PA: 104/81 mmHg	PA Media: 88 mmHg	
Toma de presión: Automática		
Frecuencia Respiratoria: 19 Res./min.		
Pulso: 86 Pul/min.	Lugar de la toma: Falango	
sigvitem_t 35.9 unitem	Saturación de Oxígeno: 98 %	
Estado de Dolor Manifiesto: Severo	Color de la Piel: Palido	
Diagnóstico Descriptivo:		
DOLOR EN EL PECHO ?		
Clasificación: 4 - TRIAGE 4	Servicio Destino: 50 - TRIAGE	
Observaciones:		
ant pto : hía aler : neg qx : hernia peso : 90kg, dir : cl10 n 20-283 rozo, tel : se toma ekg que no muestra alteracion, se comenta con la dra Mármolejo, quien indica que debo ir a su ips primaria, torres de comfandi.		

- Se encuentra que la frecuencia respiratoria, cardiaca, la presión arterial media y la saturación de oxígeno del paciente se encontraban dentro de los parámetros normales.
- Pese a que el paciente se encontraba estable, de forma diligente se procedió a realizar un electrocardiograma que arrojó resultados normales.
 - Por las razones expuestas, la enfermera procedió a clasificar de forma adecuada al paciente como un triage IV habida cuenta que, se reitera, éste se encontraba hemodinámicamente estable y el electrocardiograma que se le había practicado arrojó resultados normales; sin embargo, para evitar posibles complicaciones, se decidió direccionar al paciente a atención médica prioritaria, actuación que se enmarca perfectamente dentro los lineamientos establecidos en la Resolución No. 00005596 de 2015, con relación a los criterios que se deben tener en cuenta para la clasificación del triage:

ARTÍCULO 5. Categorías del "Triage". Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo:

5.1 Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

5.2. Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

5.3. Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

5.4. Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, **ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.**

5.5. Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Con lo expuesto, se hace manifiesto sin lugar a duda, que la atención médica brindada por la Clínica fue perita, oportuna e idónea y se correspondió con el cuadro clínico presentado por el paciente.

Es necesario igualmente resaltar que en este caso la parte actora atribuye responsabilidad por el supuesto incumplimiento del protocolo de infarto por parte de la Clínica, cuestión que, de entrada, resulta equivocada, si se tiene en cuenta que el diagnóstico de ingreso del paciente NO fue de infarto, sino el de un dolor torácico, signo éste que fue adecuadamente afrontado por el cuerpo médico de la institución, al realizarle un examen físico exhaustivo, practicarle un electrocardiograma que arrojó resultados normales y, posteriormente, proceder a direccionarlo a consulta prioritaria.

Así, se tiene que con ocasión al direccionamiento realizado por la Clínica Nuestra Señora de los Remedios el paciente, ingresó a la IPS Torres de Comfandi, en donde le toman nuevamente un electrocardiograma y **en esta ocasión ya se registró una alteración del segmento ST, cuestión que sin duda enciende la alarma del cuerpo médico de esta institución.**

Y es que, de conformidad con la literatura médica, la ayuda diagnóstica idónea para identificar un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST es el electrocardiograma, el cual, en la gran mayoría de casos suele evidenciar las alteraciones en dicho segmento:

El ECG deberá realizarse siempre que sea posible durante el episodio de dolor. [...] Con estos datos de la historia clínica podemos clasificar a los pacientes con dolor torácico en tres grupos que serán la base de los principales algoritmos para su manejo posterior:

1. Pacientes con SCA (con/sin elevación del ST). Los pacientes con elevación del ST deben ser tratados de inmediato con alguna estrategia de reperfusión coronaria. Los pacientes con SCA- SEST y marcadores de riesgo deben ser ingresados y tratados según las recomendaciones de las guías clínicas que veremos a continuación.
2. Los pacientes con dolor torácico no coronario deberán ser tratados según su etiología.
3. Pacientes con dolor torácico de naturaleza no clara. Son pacientes que deben permanecer con seguimiento. **Si el ECG sigue siendo normal deben repetirse el ECG y los marcadores de necrosis a las seis-ocho horas. Si en el ECG aparecen cambios isquémicos, los marcadores se hacen positivos o aparece un nuevo episodio de angina el paciente debe ser ingresado.**⁵

Precisamente por lo expuesto, el personal médico y de enfermería de la clínica decidió direccionar al paciente a consulta prioritaria. En este lugar, como se expuso, en observancia de los protocolos, se practicó nuevamente un electrocardiograma que, para ese momento, sí evidenció alteraciones en el segmento ST, cuadro éste que ya permitió con claridad concluir que el paciente cursaba con un IAM.

Con lo expuesto hasta el momento, se hace claro que los profesionales de la Clínica, realizaron todas las actuaciones que se encontraban a su alcance y que exigía la lex artis para proteger la salud de la paciente, al prestar una atención médica oportuna, constante y completa, de manera que no se configura ningún tipo de proceder negligente, imprudente o imperito que sirva como fundamento para atribuir responsabilidad en el caso que nos ocupa.

Solicito comedidamente al Despacho que declare probada esta excepción.

⁵ TRATADO de GERIATRÍA para residentes. Capítulo 31. Síndrome Coronario Agudo.

- **EL PROCEDER MÉDICO, EN UN ESCENARIO JUDICIAL, DEBE SER EVALUADO EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y NO EX POST, CUANDO YA SE CONOCE EL DESENLACE FATAL INDESEADO**

Como bien es sabido, la actuación médica no debe analizarse ex post, esto es, cuando ya se conoce el resultado final del cuadro clínico, sino que, por el contrario, la evaluación que se adelante debe ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico, cuestión que ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia en múltiples pronunciamientos:

“En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un diagnóstico acertado.”

En el caso que nos ocupa, la parte actora, ignora abiertamente este precepto y hace un análisis ex post de la actuación del personal de la Clínica, a partir del claro conocimiento de que el paciente finalmente cursó un IAM, asunto que, al momento de la atención médica en Remedios, era evidentemente desconocido por el personal.

Y es que basta con dar un vistazo al contenido de la demanda para percatarse de que la misma cuestiona a la Clínica por no haber dado aplicación al protocolo de IAM, cuestión que es equivocada, debido a que, de un lado, reprocha el no haber aplicado un protocolo para un diagnóstico que ni siquiera había sido determinado al momento de la atención médica y, de otro, presupone de forma de errada que al momento del ingreso el señor Luis Andrey Escobar había sido diagnosticado con IAM, cuando es claro que el diagnóstico de ingreso fue el de dolor en el pecho, signo éste que, como se ha expuesto constituye un síntoma inespecífico que puede tener múltiples causas.

Así las cosas, solicitó al Despacho que declare probada ésta excepción y se abstenga de acceder a las solicitudes infundadas de la parte demandante.

- **ELUSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA POR PARTE DEL DEMANDANTE**

La Corte Suprema de Justicia ha determinado de manera vehemente que aquel que pretenda la atribución de responsabilidad civil médica en cabeza de un individuo o entidad, asume la carga de probar la existencia de culpa en el proceder médico y la relación de causalidad de ésta y el daño que se afirme haber reportado:

Si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas

dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, en línea de principio y dejando a salvo algunas excepciones, los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa profesional, o dolo, **cuya carga probatoria asume el demandante**, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos.

[...]

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.** ⁶ (negrilla y subrayado fuera del texto original)

En el caso nos ocupa, la parte actora evidente desconocimiento la obligación que tiene a su cargo, se limitó a redactar un escrito de demanda errante en sus afirmaciones y con un sinnúmero de apreciaciones sin sustento probatorio alguno. En virtud de ello, olvidó ejecutar su carga más evidente y a su vez, indispensable para adelantar un proceso de responsabilidad civil médica: La Prueba.

En efecto, es claro que este proceso se encuentra huérfano de medios de prueba que logren evidenciar la existencia un proceder culposo de los galenos de la Clínica demandada. El único medio de prueba que obra en el expediente con relación a la prestación del servicio médico es la historia clínica, documento en el que, contrario a lo que afirma la parte actora, solo se evidencia que la atención médica brindada fue oportuna, adecuada y en procura de mejorar la calidad visual de la demandante.

Ante este panorama, solicitamos de manera respetuosa que las pretensiones sean desestimadas por la elusión de la parte demandante de su deber probatorio, lo cual desencadena necesariamente la inexistencia de responsabilidad en cabeza de la Clínica demandada.

- **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA DEMANDADA**

De conformidad con la argumentación suficientemente contundente y elaborada en este escrito, se hace evidente que no existe ninguna obligación en cabeza de la parte demandada, toda vez que no existió culpa ni nexo causal, es decir que no existió

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01 M.P. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA

responsabilidad que pueda imputarse a la misma. Por lo tanto, no le asiste derecho al demandante para solicitar ninguna clase de declaración o condena en contra de la demandada.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN JUSTA CAUSA**

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.

- **GENÉRICA Y OTRAS**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso ya sea frente a la demanda o incluso ante el llamamiento en garantía que contesto a continuación.

EXCEPCIONES FRENTE A LOS PERJUICIOS SOLICITADOS POR LOS DEMANDANTES

- **AUSENCIA DE PRUEBA DEL LUCRO CESANTE**

La Corte Suprema de Justicia a lo largo de jurisprudencia, ha reconocido dos tipos de perjuicio material, esto es, el lucro cesante y el daño emergente. Frente a cada uno ha establecido de forma vehemente que, para que proceda su indemnización es necesario que quien la solicita acredite de forma cierta su materialización. En este sentido ha indicado:

El lucro cesante, jurídicamente considerado en relación con la responsabilidad extracontractual, **es entonces la privación cierta de una ganancia esperada en razón de la ocurrencia del hecho lesivo, o, en palabras de la Corte, “está constituido por todas las ganancias ciertas que han dejado de percibirse o que se recibirán luego, con el mismo fundamento de hecho”**⁷. (Negrita y subrayado fuera del texto original)

Una pérdida sufrida, con la consiguiente necesidad para el afectado de efectuar un desembolso si lo que quiere es recuperar aquello que se ha perdido. El daño emergente conlleva que algún bien económico salió o saldrá del patrimonio de la víctima.⁸

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 31 de agosto de 2015. Radicación: 2006-514. M.P: Fernando Giraldo Gutiérrez.

⁸ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 31 de agosto de 2015. Radicación: 2006-514. M.P: Fernando Giraldo

Se evidencia entonces que la indemnización de los perjuicios materiales es procedente cuando se ha reportado una pérdida económica cierta en razón a la ocurrencia del hecho dañino. De este modo, queda en evidencia que para que este perjuicio sea indemnizable debe tener una característica fundamental: LA CERTEZA. Es por esto que, el doctrinante Juan Carlos Henao Pérez en su obra EL DAÑO señala como reglas básicas de este entre otras: "III. El daño debe ser probado por quién lo sufre, so pena de que no proceda su indemnización."

En este orden de ideas, no es ni remotamente posible que se condene al pago de perjuicios que no gozan de certeza por no haberse materializado y por no haber sido probados por quien solicita su indemnización. Si se hiciera tal condena habría sin duda alguna un enriquecimiento sin causa.

Ahora bien, en el caso del fallecimiento de una persona, la indemnización por concepto de lucro cesante sólo procede si la persona que solicita el pago del perjuicio prueba que efectivamente dependía económicamente del fallecido, de manera que se acredite que, con la muerte de éste, el demandante dejó de percibir un ingreso cierto. Al respecto se ha indicado:

Lucro cesante: causado a una persona por la muerte de su cónyuge o compañero permanente, demostración, requisitos, la dependencia económica se infiere de que la víctima directa tuviese ingresos económicos «En relación con la segunda modalidad del daño material, esto es, el lucro cesante, cuando se reclaman perjuicios por el fallecimiento de una persona, la jurisprudencia civil tiene dicho que para acceder a tal derecho no basta acreditar el hecho de la muerte y la responsabilidad que en ella tenga el demandado, sino que también es necesario demostrar el perjuicio sufrido, por cuanto lo que "genera el deber de reparar es la privación injusta de un provecho económico que el demandante recibía de la víctima".⁹

Al respecto debe indicarse que, de entrada, no existe prueba que otorgue siquiera un indicio de que la señora Lucidia Méndez Nieto dependiera económicamente del señor Luis Andrey Escobar, medio de convicción indispensable para el reconocimiento de este perjuicio, máxime cuando quien lo solicita se encuentra en edad productiva. Por ello, se hace manifiesto que la tasación de este perjuicio a favor de la demandante es abiertamente infundada.

Aunado a lo expuesto, debe tenerse en cuenta que tampoco se aporta prueba que acredite que los ingresos del fallecido hubiesen ascendido a la suma descrita en la demanda, debido

Gutiérrez.

⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Penal. Sentencia del 15 de octubre de 2015. No. DE Providencia: 42175. M.P. FERNANDO ALBERTO CASTRO CABALLERO

a que solo se allega certificación que da cuenta de un presunto vínculo laboral, mas no acerca del salario convenido.

Por las razones aquí esbozadas, la base de cálculo del lucro cesante no se encuentra acreditada pues no existe soporte probatorio sobre los ingresos de la demandante y, por consiguiente, el lucro cesante solicitado por la parte actora es incierto e inexistente.

- **TASACIÓN EXCESIVA DEL DAÑO MORAL**

Sobre este tipo de perjuicio, la Corte ha reseñado que el mismo no “constituye un «regalo u obsequio»,” por el contrario se encuentra encaminado a “reparar la congoja, impacto directo en el estado anímico espiritual y en la estabilidad emocional de la persona que sufrió la lesión y de sus familiares”¹⁰, con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa», sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia¹¹.

Así pues, si bien es cierto que no existen criterios objetivos aplicables de manera mecánica a los casos en los que se deba reparar este daño, lo cierto es que la Corte Suprema de Justicia a lo largo de su jurisprudencia ha establecido unos parámetros para la cuantificación de este.

No obstante, en el caso sub judice la parte demandante, desatendiendo los criterios jurisprudenciales, solicita que se le realice el pago de 100 smimv para las demandantes montos que superan ostensiblemente el valor reconocido por la Corte en casos de extrema gravedad como muerte e invalidez¹², lo cual es una muestra más del provecho económico que se busca obtener con la iniciación del presente proceso.

FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DEL DEMANDANTE

- **RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PROVENIENTES DE TERCEROS**

El artículo 262 del Código General del Proceso faculta a las partes dentro de un proceso para que, si a bien lo tienen, soliciten la ratificación de los documentos provenientes de terceros aportados por la parte contraria. Vale la pena resaltar, que esta disposición

¹⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004- 032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

¹¹ Ídem

¹² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de septiembre de 2016. Radicación nº 2005-00174. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

establece una clara consecuencia jurídica ante el evento en que una parte solicite la ratificación del documento y ello no se lleve a cabo:

*Artículo 262. Documentos declarativos emanados de terceros. Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, **salvo que la parte contraria solicite su ratificación.** (Negritas propias).*

Entonces, cabe señalar que el Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo.

En tal virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras ésta no solicite y obtenga su ratificación, y entre ellos, de manera enunciativa enumero los siguientes:

1. Certificación Laboral proferida por Luz Adriana Giraldo Portillo de Proviser, con el fin de determinar si el fallecido realmente reportaba ingresos.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito atentamente decretar y tener como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES

Solicito se tengan como tales las siguientes, que anexo al presente escrito:

1. Triage realizado al señor Luis Andrey Escobar en la Clínica Nuestra señora de los Remedios del 03 de febrero de 2018.
2. Electrocardiograma realizado al señor Luis Andrey Escobar el 03 de febrero de 2018.

INTERROGATORIOS DE PARTE

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

DECLARACIÓN DE PARTE

En virtud de lo establecido en el artículo 165 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal del Instituto de Religiosas San José de Gerona.

TESTIMONIALES

Solicito que se cite a las siguientes personas:

- Dra. Stefanía Marmolejo Orozco, identificada con la cédula No. 1.107.052.452 quien podrá ser ubicada en la Carera 28 No. 9E-24 de Cali, a fin de que rinda declaración acerca de la atención médica prestada el día 03 de febrero de 2018 al señor Luis Andrey Escobar. En razón a la condición de experta que tiene la testigo, solicito su testimonio sea tenido como técnico.
- Enfermera María Eugenia Marín Ramos, identificada con cédula 1.112.100.179 quien podrá ser ubicada en la carrera 27 No. 33^a- 33 de Cali a fin de que rinda declaración acerca de la atención médica prestada el día 03 de febrero de 2018 al señor Luis Andrey Escobar.

INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

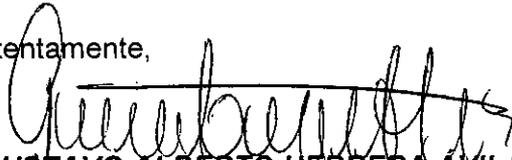
Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir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

NOTIFICACIONES

- La demandante recibirá notificaciones en las dirección que relaciona en el libelo demandatorio.
- El suscrito en la Avenida 6A Bis N° 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la ciudad de Cali, o en la Secretaría de su Despacho.

- Mi procurada, INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA, recibirá notificaciones en Calle 8 No.29 – 50 de la ciudad de Cali.

Atentamente,



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.

16
78



Apellidos:	ESCOBAR MEJIA		
Nombres:	LUIS ANDREY		
Número de Id:	CC - 16455347		
Número - Ingreso:	9905267 - 1		
Sexo:	MASCULINO	Edad	42 Años
Servicio:	01 - URGENCIAS		
Responsable:	EPS008 - S.O.S EPS		

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE

Número de Clasificación: 446237

Fecha-Hora Llegada: 03/02/2018 08:23

2018/02/03

03/02/2018 08:36

Natural de: YUMBO

DATOS CLINICOS

Motivo de Consulta:

Desde hace una hora con dolor en el lado izquierdo que se irradia a brazo izquierdo, sensación de adormecimiento en el brazo, se observa diaforetico, ansioso, se tomó ekg sin alteraciones

Signos Vitales

PA: 104/81 mmHg

PA Media: 88 mmHg

Toma de presión: Automática

Frecuencia Respiratoria: 19 Res./min.

Pulso: 86 Pul/min.

Lugar de la toma: Falange

sigvitem_t 36.9 uni_tem

Saturación de Oxígeno: 98 %

Estado de Dolor Manifiesto: Severo

Color de la Piel: Palido

Diagnóstico Descriptivo:

DOLOR EN EL PECHO ?

Clasificación: 4 - TRIAGE 4

Servicio Destino: 50 - TRIAGE

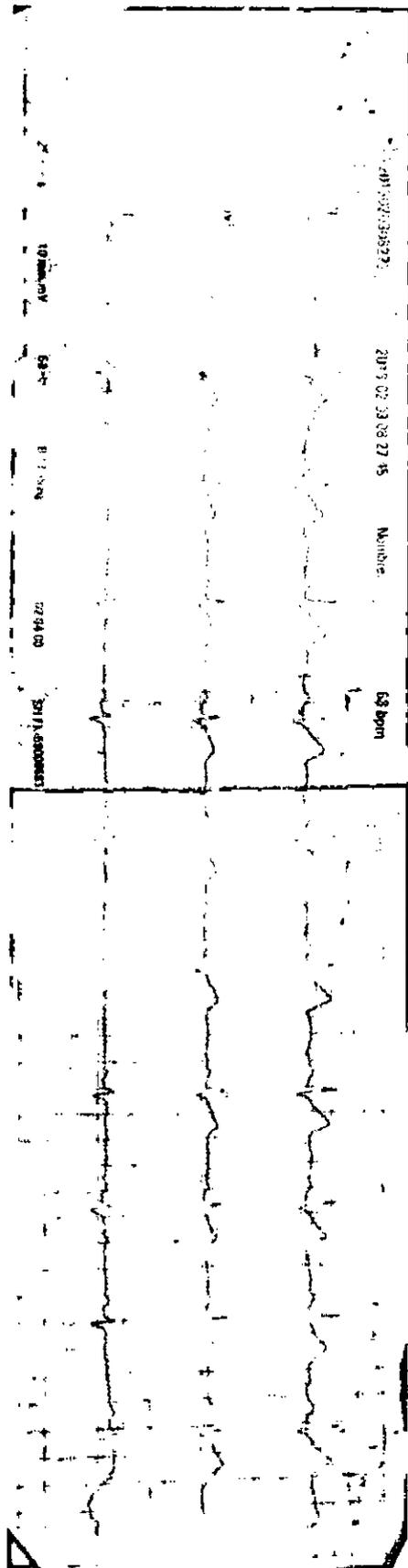
Observaciones:

ant pato : hta aler : neg qx : hem a peso : 90kg, dir : cil10 n 20-283 rozo, tel : se toma ekg que no muestra alteracion, se comenta con la dra Marmolejo, quien indica que debe ir a su ips primaria, torres de comfandi.

Firmado por: MARIA EUGENIA MARIN RAMOS, ENFERMERIA, Reg: 1112100179

Cya 1 \$56.70.

65
A



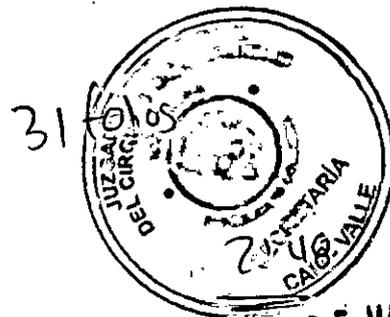
Santiago de Cali, marzo 5 del 2020

SEÑOR

JUEZ SÉPTIMO (7°) CIVIL DEL CIRCUITO

SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

En su despacho



- REFERENCIA: Proceso Verbal Declarativo de Responsabilidad Civil.-
- DEMANDANTES: Lucidia Mendez Nieto y Emili Escobar Mendez.-
- DEMANDADOS: Instituto de Religiosas San José de Gerona – Propietaria de la Clínica Nuestra Señora de los Remedios.-
- LLAMADO EN GARANTÍA POR INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA: Allianz Seguros S.A.-
- RADICACIÓN: 2019-00013-00.-

Señor Juez:

El suscrito LUIS FELIPE GONZÁLEZ GUZMÁN, mayor de edad, vecino de esta ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca), identificado con la cédula de ciudadanía número 16.746.595 expedida en esta misma ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca) y provisto por el Honorable Consejo Superior de la Judicatura con la tarjeta profesional de abogado número 68.434, obrando en nombre y representación, como apoderado especial PRINCIPAL, de la sociedad comercial "ALLIANZ SEGUROS S.A.", domiciliada igualmente en esta ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca), con NIT número 860.026.182 y representada legalmente por la señora doctora ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN, también mayor de edad y vecina de esta misma ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca), identificada con la cédula de ciudadanía número 67.004.161, estando dentro del término legal previsto procedo a contestar la demanda y a referirme a la obligación surgida del contrato de seguro existente entre el INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA y "ALLIANZ SEGUROS S.A."; todo dentro del proceso verbal declarativo citado en el epígrafe, en los siguientes términos.

I.- PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA DEMANDA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA INTERPUESTA EN CONTRA DE INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA.:

1. - EN CUANTO A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

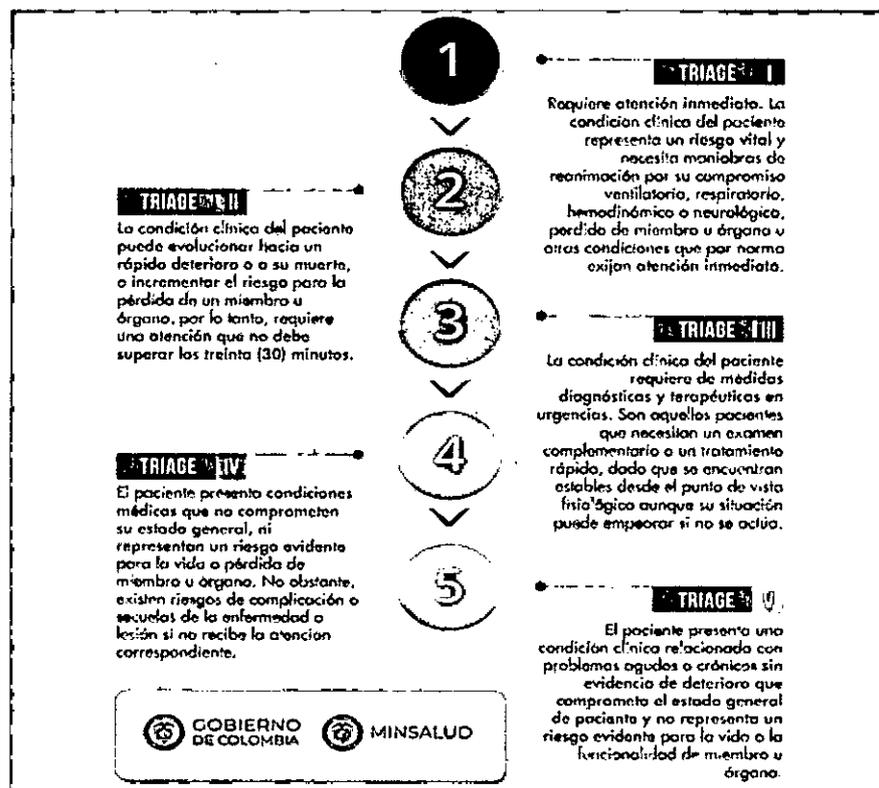
1.1.- AL HECHO PRIMERO:

• **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Sin embargo, de la historia clínica que reposa en el expediente es posible extraer que en efecto el paciente llegó con esos síntomas a la Institución, pero que conforme a la ley, fue sometido al TRIAGE de la forma en que el Ministerio de Salud y la ley lo determinan.

Que para ello, el paciente fue examinado minuciosamente y que dado el dolor presentado, una de las opciones podría ser un infarto y ante ello, se actuó de forma casi inmediata, examinando al paciente y realizando un electrocardiograma que mostró un resultado normal, así como signos vitales absolutamente estables; de donde devino hacer su remisión prioritaria conforme a la ley, a su IPS. Esto significa Señor Juez, que más allá de lo que intenta mostrar el apoderado de la parte actora, es definitivo que en el momento y hora en que el paciente fue examinado, a pesar de su malestar, mostraba estabilidad que permitía clasificarlo como TRIAGE 4 conforme a los protocolos legales ya indicados.



Por ende, conviene entender que *ex ante* que es el momento en el que el paciente es evaluado y analizados sus índices vitales se observa estable y no fue descabellado, ni errado, remitirlo a su IPS.

Diferente, que cuando llegó a su destino, se hizo evidente en el electrocardiograma allí tomado, que el mismo mostró ahora sí, alteraciones vitales que antes no estaban presentes. De allí la forma cuidadosa en que el Juez debe observar el asunto puesto a su consideración pues lo grave hubiera sido que al paciente con síntomas de dolor torácico, no se le hubiera practicado un electrocardiograma, y en ese caso, si estaríamos en un evento de desatención de un paciente; pero en el caso presente, fue atendido conforme a la *lex artis*, y el examen que la ciencia ordena realizar a primera mano, fue efectuado, sin mostrarse alteraciones de ningún tipo; lo que permite diagnosticar que no se trataba en ese momento de una urgencia, ni de una emergencia conforme al TRIAGE.

Por ultimo dígase de una vez, que un infarto miocárdico es un evento agudo y sorpresivo y que por lo mismo si el electrocardiograma no mostraba alteraciones evolutivas típicas cuando fue tomado, era necesario buscar otras opciones o causas de dolor torácico que suelen ser muchas otras.

Por eso debe explicarse que un "Un electrocardiograma (ECG) es un procedimiento simple e indoloro que mide la actividad eléctrica del corazón. Cada vez que el corazón late, una señal eléctrica circula a través de él. Un electrocardiograma muestra si su corazón está latiendo a un ritmo y con una fuerza normal. También muestra el tamaño y la posición de las cámaras del corazón. Un electrocardiograma anormal puede ser un signo de daño o enfermedad del corazón."¹ por cuanto si fue normal, es porque en ese momento el paciente no cursaba por un infarto, ni su corazón en ese instante presentaba alteraciones.

Por lo tanto, no puede entenderse de modo alguno que haya existido un error médico en la atención del paciente.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA, que además, es nuestra asegurada.

¹ <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/electrocardiograma/>

1.2.- AL HECHO SEGUNDO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que no aparece prueba alguna que indique que el electrocardiograma haya sido "muy corto" o "incipiente" como a su antojo lo indica el apoderado actor.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.3.- AL HECHO TERCERO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que efectivamente, como se confiesa, los signos vitales del paciente eran normales y por lo tanto no se evidenciaba al momento del examen, ninguna alteración que implicase cambiar el Triage.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.4.- AL HECHO CUARTO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que como lo permite en efecto la ley y el Ministerio de Salud, las enfermeras son quienes en condiciones normales efectúan por regla general el TRIAGE de modo que ningún error se observa en ese caso tampoco.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.5.- AL HECHO QUINTO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que como lo permite en efecto la ley y el Ministerio de Salud, las enfermeras son quienes en condiciones normales efectúan por regla general el TRIAGE de modo que ningún error se observa en ese caso tampoco.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.6.- AL HECHO SEXTO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que como lo permite en efecto la ley y el Ministerio de Salud, las enfermeras son quienes en condiciones normales efectúan por regla general el **TRIAGE** de modo que ningún error se observa en ese caso tampoco.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.7.- AL HECHO SÉPTIMO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que el hecho que existan múltiples pruebas, no indica que todas deban utilizarse, ni tampoco es claro el apoderado actor en indicar cuando se aplican unas u otras. Lo que sí es innegable, es que la prueba reina por elección para determinar una alteración cardiaca en servicio de urgencias es el electrocardiograma y eso fue lo que se practicó, el resultado que se obtuvo y que mostró normalidad.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.8.- AL HECHO OCTAVO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que el hecho que existan múltiples pruebas, no indica que todas deban utilizarse, ni tampoco es claro el apoderado actor en indicar cuando se aplican unas u otras. Lo que sí es innegable, es que la prueba reina por elección para determinar una alteración cardiaca en servicio de urgencias es el electrocardiograma y eso fue lo que se practicó, el resultado que se obtuvo y que mostró normalidad.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.9.- AL HECHO NOVENO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

Nada de lo afirmado constituye un hecho. Sin meras afirmaciones del apoderado actor, que no son relevantes para desentrañar el problema jurídico puesto a consideración del despacho.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.10.- AL HECHO DECIMO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

Nada de lo afirmado constituye un hecho. Sin meras afirmaciones del apoderado actor, que no son relevantes para desentrañar el problema jurídico puesto a consideración del despacho.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.11.- AL HECHO UNDÉCIMO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

Nada de lo afirmado constituye un hecho. Sin meras afirmaciones del apoderado actor, por cuanto debemos atenernos a lo que en efecto pruebe dado que tiene la carga de la prueba del presunto error médico que afirma ocurrió y la relación de causalidad con el fallecimiento del paciente.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.12.- AL HECHO DECIMOSEGUNDO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

Nada de lo afirmado constituye un hecho. Sin meras afirmaciones del apoderado actor, por cuanto debemos atenernos a lo que en efecto prueba dado que tiene la carga de la prueba del presunto error médico que afirma ocurrió y la relación de causalidad con el fallecimiento del paciente.

Me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.13.- AL HECHO DECIMOTERCERO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que la conducta asumida en esa Institución, fue la misma asumida por la entidad demandada: Se practicó electrocardiograma, solo que en ese momento, ya el resultado del mismo mostró las anormalidades que no mostraba el anterior e hizo evidente un infarto en curso; aspecto que antes no era evidente, ni fue evidenciable porque aún no estaba ocurriendo y porque la prueba científica mostró que eso no era lo que estaba ocurriendo.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.14.- AL HECHO DECIMOCUARTO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que la conducta asumida en esa Institución, fue la misma asumida por la entidad demandada: Se practicó electrocardiograma, solo que en ese momento, ya el resultado del mismo mostró las anomalías que no mostraba el anterior e hizo evidente un infarto en curso; aspecto que antes no era evidente, ni fue evidenciable porque aún no estaba ocurriendo y porque la prueba científica mostró que eso no era lo que estaba ocurriendo.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA, que además, es nuestra asegurada.

1.15.- AL HECHO DECIMOQUINTO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Y adiciono, que la conducta asumida en esa Institución, fue la misma asumida por la entidad demandada: Se practicó electrocardiograma, solo que en ese momento, ya el resultado del mismo mostró las anomalías que no mostraba el anterior e hizo evidente un infarto en curso; aspecto que antes no era evidente, ni fue evidenciable

porque aún no estaba ocurriendo y porque la prueba científica mostró que eso no era lo que estaba ocurriendo.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA, que además, es nuestra asegurada.

1.16- AL HECHO DECIMOSEXTO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA, que además, es nuestra asegurada.

1.17- AL HECHO DECIMOSÉPTIMO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

Es cierto.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA, que además, es nuestra asegurada.

1.18- AL HECHO DECIMOCTAVO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.19- AL HECHO DECIMONOVENO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás me remito a todo lo ya indicado en la respuesta dada al hecho primero de la demanda en ese mismo escrito.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.20- AL HECHO VIGÉSIMO:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.21.- AL HECHO VIGESIMOPRIMERO:

• **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No le consta a mi representada nada de lo allí manifestado, en virtud de que ésta no tiene un vínculo jurídico directo con el extremo demandante por lo que todo lo manifestado en este hecho, deberá ser probado fehacientemente por la parte actora.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

1.22- AL HECHO VIGESIMOSEGUNDO (Que el actor numera nuevamente como 21):

• **MI PRONUNCIAMIENTO:**

Es cierto.

Por lo demás, me atengo a lo indicado especialmente por el apoderado de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA**, que además, es nuestra asegurada.

2.- EN CUANTO A LOS PROBLEMAS JURÍDICOS A RESOLVER:

Refiere en los hechos de su demanda el apoderado actor, una serie de consideraciones jurídicas, que terminan siendo personales, para intentar sobre ellas, establecer la prosperidad de sus pretensiones. Ellas, todas, deberán ser debidamente probadas por la parte actora como corresponde y en especial, deberá poderse demostrar especialmente que existió un nexo de causalidad indiscutible entre la conducta que se

reprocha de la entidad codemandada **INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA** y el resultado final de las complicaciones que como efecto propio de la dolencia sufrida por el paciente generaron la complicación que causa su muerte.

Las cosas en medicina nunca son como parecen. Cualquiera podría pensar que lo procedente era detectar ipso facto el inicio de un **INFARTO** pero la prueba reina para ello, mostró normalidad en el momento en el cual fue practicada y ante ello, no hay forma de actuar en sentido contrario y menos aún en un servicio de urgencia. Tampoco puede indicarse que por efectuarse el presunto seguimiento se hubiera podido evitar la ocurrencia del riesgo inherente acaecido.

Por lo anterior, es evidente que no hubo un error para la clasificación **TRIAGE** efectuada al paciente por quien en efecto estaba preparada para ello y actuaba conforme a la ley, que fue la enfermera encargada de esa labor, ni tampoco se obvió lo que los síntomas del paciente reflejaban como una alternativa de sumo cuidado, que era descartar un infarto; cuando se ordena y se lleva a cabo un electrocardiograma, que muestra como resultado normalidad que permite descartar responsablemente en ese momento la ocurrencia de tal evento, emitiendo al paciente a su **IPS** para que determinaran otras posibles causas del dolor torácico.

3.- EN CUANTO A LA VALORACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS:

El apoderado actor, dentro del término legal previsto, procede a realizar **JURAMENTO ESTIMATORIO** y **VALORACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS PATRIMONIALES** que en todo caso no estima con el cuidado debido, ni en la demanda inicial, ni en la subsanación que por tal motivo pidió el despacho, pues finalmente solo enuncia cifras que considera a título de **LUCRO CESANTE** como procedentes, sin explicar proyecciones de supervivencia, sin probar (no lo está), el ingreso mensual del occiso; sin probar la dependencia económica de los reclamantes, sin descontar los gastos propios de la víctima; en fin; sin que de modo alguno el suscrito pueda en efecto con base en el libelo ni en su anexo (liquidación) estimar como prudente ese cálculo; todo lo que obliga al suscrito a **OBJETAR EL JURAMENTO ESTIMATORIO** efectuado.

Y con respecto a los **PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES** reclamados, que en todo caso no son objeto de juramento estimatorio, indíquese que hace unas estimaciones que en últimas deberá hacer el Señor Juez, de conformidad con los precedentes

jurisprudenciales existentes frente a los criterios expuestos a tal respecto por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, si acaso, prosperasen contra toda lógica las pretensiones de la demanda.

4.- EN CUANTO A LAS PRETENSIONES.

Me opongo desde ahora totalmente a la declaración de responsabilidad pretendida por el actor contra la entidad demandada, así como al pago de todas y cada una de las condenas pretendidas como supuestos perjuicios.

Es así como desde ahora espero obtener en estricto derecho, tal y como debe ser, una sentencia desestimatoria de las pretensiones de la parte demandante.

Veamos:

Se estiman unos presuntos perjuicios patrimoniales que se establecen como lucro cesante y que deben ser plenamente establecidos conforme a la ley por la parte actora y además, otros extrapatrimoniales que como dice la ley, no son objeto de juramento estimatorio precisamente por su calidad de extrapatrimoniales y adicionalmente, para su tasación deberá observarse el claro precedente jurisprudencial existente.

5.- EN CUANTO A LA CUANTÍA, A LA COMPETENCIA Y A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO.

• **MI PRONUNCIAMIENTO:**

No me opongo en cuanto se refiere a la cuantía calculada por el apoderado de la parte actora para simples efectos procesales, tendientes a determinar la competencia, por cuanto por ese factor y solo por ese factor, en efecto es Usted Señor Juez competente para atender este proceso en primera instancia.

6.- EN CUANTO A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE ACTORA, EN ESPECIAL A LA PRUEBA DOCUMENTAL APORTADA Y LA PERICIAL NO APORTADA CON LA DEMANDA:

- **MI PRONUNCIAMIENTO:**

Me atengo a las que decrete conforme a derecho el Señor Juez, y además al valor que conforme a la sana crítica les defina; que de no ser compartido, implicará en el momento procesal oportuno la oposición y el uso de los recursos legales previstos para tal fin.

A) En relación con la PRUEBA DOCUMENTAL aportada:

En especial, frente a los **DOCUMENTOS PRIVADOS EMANADOS DE TERCEROS SIN SU RATIFICACIÓN**, expreso lo siguiente Señor Juez:

Fundamenta varios hechos y pretensiones de su demanda el extremo actor en prueba documental, correspondiente a una serie de documentos emanados de terceros, que presenta con su demanda y frente a los cuales desde ahora mismo y conforme a lo ordenado por los artículos 244, inciso segundo y 282 del Código General del Proceso, **los desconozco** en nombre de mi mandante y por lo mismo **solicito su ratificación** para poder entenderlos como plena prueba en la que el Señor Juez pueda basar alguna eventual condena que afecte a pesar de todo lo anotado a mi mandante **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

Tales artículos a la letra indican en la parte pertinente lo siguiente:

“ARTÍCULO 244. DOCUMENTO AUTÉNTICO. [...] Los documentos públicos y los privados emanados de las partes o de terceros, en original o en copia, elaborados, firmados o manuscritos, y los que contengan la reproducción de la voz o de la imagen, se presumen auténticos, mientras no hayan sido tachados de falso o desconocidos, según el caso. [...]”.
(Subraya y negrilla propias).

ARTÍCULO 262. DOCUMENTOS DECLARATIVOS EMANADOS DE TERCEROS. Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, **salvo que la parte contraria solicite su ratificación.**
(Subraya y negrilla propias).

En especial entonces, solicito la ratificación de los documentos distinguidos en la demanda con los números de prueba documental 4, 5, 6 y 7.

7.- EXCEPCIONES DE FONDO QUE PROPONGO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:

Con ellas espero Señor Juez, enervar las pretensiones de la parte demandante y son las siguientes:

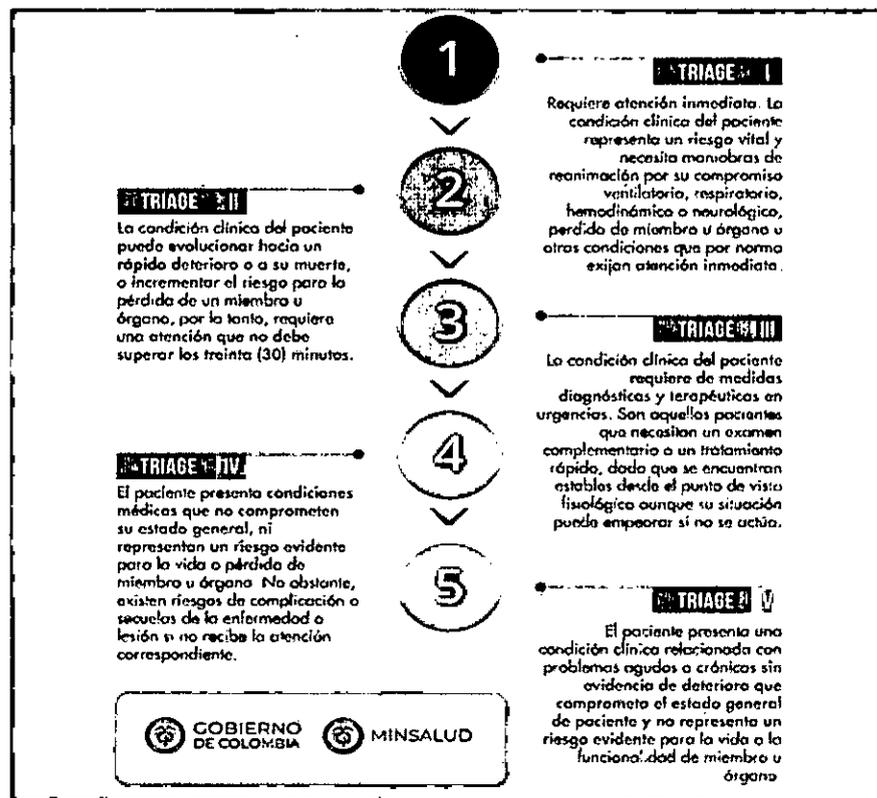
7.1.- LA DE AUSENCIA DE CULPA DE LA INSTITUCIÓN DEMANDADA:

El extremo actor no determina con claridad en las pretensiones de su demanda cual fue la presunta causa eficaz del daño en que se funda la misma y que pretende enrostrarle a la entidad demandada. Sin embargo, suponemos que lo funda en el presunto acaecimiento de un indebido Triage y en un indebido Electrocardiograma.

Por ello resalto que el TRIAGE fue conforme a la ley y que el examen practicado sobre el paciente una vez conocidos sus síntomas, era el debido y que el mismo, no mostró alteraciones que pusieran en peligro su vida, al tiempo que sus signos vitales eran estables.

De la historia clínica que reposa en el expediente es posible extraer que en efecto el paciente llegó con síntomas de fuerte dolor torácico a la Institución, pero que conforme a la ley, fue sometido al TRIAGE de la forma en que el Ministerio de Salud y la ley lo determinan.

Que para ello, el paciente fue examinado minuciosamente y que dado el dolor presentado, una de las opciones podría ser un infarto y ante ello, se actuó de forma casi inmediata, examinando al paciente y realizando un electrocardiograma que mostró un resultado normal, así como signos vitales absolutamente estables; de donde devino hacer su remisión prioritaria conforme a la ley, a su IPS. Esto significa Señor Juez, que más allá de lo que intenta mostrar el apoderado de la parte actora, es definitivo que en el momento y hora en que el paciente fue examinado, a pesar de su malestar, mostraba estabilidad que permitía clasificarlo como TRIAGE 4 conforme a los protocolos legales ya indicados.



Por ende, conviene entender que *ex ante* que es el momento en el que el paciente es evaluado y analizados sus índices vitales se observa estable y no fue descabellado, ni errado, remitirlo a su IPS.

Diferente, que cuando llegó a su destino, se hizo evidente en el electrocardiograma allí tomado, que el mismo mostró ahora sí, alteraciones vitales que antes no estaban presentes. De allí la forma cuidadosa en que el Juez debe observar el asunto puesto a su consideración pues lo grave hubiera sido que al paciente con síntomas de dolor torácico, no se le hubiera practicado un electrocardiograma, y en ese caso, si estaríamos en un evento de desatención de un paciente; pero en el caso presente, fue atendido conforme a la *lex artis*, y el examen que la ciencia ordena realizar a primera mano, fue efectuado, sin mostrarse alteraciones de ningún tipo; lo que permite diagnosticar que no se trataba en ese momento de una urgencia, ni de una emergencia, conforme al TRIAGE.

Por ultimo dígase de una vez, que un infarto miocárdico es un evento agudo y sorpresivo y que por lo mismo si el electrocardiograma no mostraba alteraciones evolutivas típicas cuando fue tomado, era necesario buscar otras opciones o causas de dolor torácico que suelen ser muchas otras.

Por eso debe explicarse que un "Un electrocardiograma (ECG) es un procedimiento simple e indoloro que mide la actividad eléctrica del corazón. Cada vez que el corazón late, una señal eléctrica circula a través de él. Un electrocardiograma muestra si su corazón está latiendo a un ritmo y con una fuerza normal. También muestra el tamaño y la posición de las cámaras del corazón. Un electrocardiograma anormal puede ser un signo de daño o enfermedad del corazón."² por cuanto si fue normal, es porque en ese momento el paciente no cursaba por un infarto, ni su corazón en ese instante presentaba alteraciones.

Por lo anterior, es evidente que no hubo un error para la clasificación TRIAGE efectuada al paciente por quien en efecto estaba preparada para ello y actuaba conforme a la ley, que fue la enfermera encargada de esa labor, ni tampoco se obvió lo que los síntomas del paciente reflejaban como una alternativa de sumo cuidado, que era descartar un infarto; cuando se ordena y se lleva a cabo un electrocardiograma, que muestra como resultado normalidad que permite descartar responsablemente en ese momento la ocurrencia de tal evento, emitiendo al paciente a su IPS para que determinaran otras posibles causas del dolor torácico.

7.2.- AUSENCIA DE NEXO CAUSAL:

Es evidente, que cuando el paciente consultó a la Institución demandada por Urgencias, fue atendido y que entre los exámenes practicados y aconsejados por la lex artis, estaba el electrocardiograma y su resultado fue normal, prueba científica que por sí misma exonera la conducta imputada de ser la causa del fallecimiento. Pues en efecto, para el momento de su atención el paciente reflejaba normalidad en su examen y en sus signos vitales y por lo mismo no curaba por algún evento de infarto; por cuanto no es posible establecer una correlación entre esa conducta y el fallecimiento posterior del paciente pues igualmente, se observa que el mismo examen practicado tiempo después en otra IPS si mostró ya, en cambio del primero, una anormalidad que reflejaba la iniciación de un infarto.

Dice adicionalmente la Jurisprudencia, que:

² <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/electrocardiograma/>

“Toda responsabilidad civil se estructura sobre tres pilares fundamentales que, por lo general, debe demostrar el demandante: El hecho dañoso o culpa, el daño y la relación de causalidad. Entonces a quien se atribuye aquella responsabilidad, independientemente de que se trate de persona natural o jurídica, puede, por regla de principio, defenderse aduciendo la ausencia de uno cualquiera o de varios o de todos esos tres elementos axiológicos. Por ejemplo, podrá demostrar, que su comportamiento no es culposo, porque procedió con diligencia, prudencia, pericia y sin violar reglamento alguno; o la inexistencia del daño, entendido en sentido jurídico; o controvertir el nexo de causalidad, comprobando que la lesión ocasionada a los derechos de la víctima, no es consecuencia directa o exclusiva del hecho que se le imputa”.³

Pero como harto se ha expresado en la contestación dada a cada uno de los hechos de la demanda en este escrito, no hay forma de poder entender probado que hubo una inobservancia a un protocolo que se afirma existir, ni una falta de atención al paciente, más allá de que finalmente hubiera fallecido.

Ello hace que sea imposible con la certeza y probidad debidas, enrostrarle al extremo pasivo y en especial a la llamante INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA eso, como un daño derivado de su culpa contractual.

Al respecto atinadamente dice la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, que:

“[...] Enfocado el asunto desde el punto de vista de los elementos integrantes de la responsabilidad, puede sentarse como regla general que en los litigios sobre responsabilidad médica debe establecerse la relación de causalidad entre el acto imputado al Médico y el daño sufrido por el cliente. Por lo tanto, el Médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputa, sino cuando éstas hayan sido las determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos de donde se desprende aquella [...]” *Mayo 5 de 1.940.*

³Sentencia proferida el 27 de Septiembre de 2002. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Ponencia Dr. Nicolás Bechara Simancas. Expediente No 6143

Consideramos que independientemente de no existir un fundamento para que la entidad demandada y llamante sea llamada a responder por los perjuicios alegados por la parte demandante, tampoco le asiste razón al actor para pretender imputación causal por las supuestas omisiones o negligencias desplegadas, atendiendo que en el caso bajo estudio no se configuran los presupuestos de la responsabilidad civil médica.

Cuando se formula una pretensión indemnizatoria con fundamento en la responsabilidad médica, es el demandante a quien le corresponde demostrar no solo la culpa - imprudencia, impericia, negligencia, violación de reglamentos - en la prestación del servicio médico, sino también el nexo causal existente entre la conducta atribuida a la demandada y el resultado dañoso invocado.

Con acierto, la jurisprudencia civil y la doctrina mayoritaria han descartado la posibilidad de que la culpa médica se presuma, y más aún que pueda tratarse de un supuesto de responsabilidad objetiva. Igualmente el nexo de causalidad puede ser demostrado - ni lógica, ni jurídicamente existe una presunción de causalidad en el ámbito analizado -.

Mediante sentencia del trece (13) de septiembre de 2002 la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, con ponencia del doctor Nicolás Bechara Simancas explicó:

En la forma en que lo tiene establecido la doctrina y la jurisprudencia, en el campo de la responsabilidad civil el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente como resultado de incurrir en error de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actuó con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta. Ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole, inadecuados que agraven su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico-patológicas. A este respecto la jurisprudencia de la Corte, a partir de su sentencia del 5 de marzo de 1940 (G. J. T. XLIX, pág, 16) ha sostenido, con no pocas vacilaciones, que la responsabilidad civil de los médicos (contractual o extracontractual)

EL C
COR
xta
SEY

está regida en la legislación patria por el criterio de la culpa probada, salvo cuando se asume una expresa obligación de sanación y ésta se incumpla, cual sucede, por ejemplo, con las obligaciones llamadas de resultado; criterio reiterado en términos generales por la sala en su fallo de 30 de enero de 2001 Exp 5507), en el que ésta puntualizó la improcedencia de aplicar en esta materia, por regla de principio, la presunción de culpa prevista en el artículo 1604 del código civil, al sostener que de conformidad con el inciso final de dicho precepto, priman sobre el resto de su contenido "las estipulaciones de las partes" que sobre el particular existan, añadiendo por lo consiguiente y no sin antes reconocer la importancia de la doctrina que diferencia entre las obligaciones de medio y de resultado, que "lo fundamental está en identificar el contenido y el alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado en el caso concreto, porque es este contrato específico el que va a indicar los deberes jurídicos que hubo de asumir el médico y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuren su responsabilidad y particularmente de la culpa, porque bien puede suceder, como en efecto ocurre, que el régimen jurídico específico excepción en general de los primeros incisos del artículo 1604 del Código Civil, conforme lo autoriza el inciso final de la norma"

Y más adelante explicó la Corte en la misma sentencia:

"Si, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, este debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar en línea de principio, el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento. Lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por el padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que con estricto apego al

contenido del contrato pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado". (Negrillas fuera del texto)

Con lo anterior se quiere significar que en controversias como la presente no puede operar la presunción de culpa, ni de nexo de causalidad; como tampoco puede considerarse que se esté en frente de una obligación de resultado.

La Corte Suprema de Justicia en diversas sentencias ha analizado el tema de las obligaciones de los profesionales de la salud y de manera sistemática desde el año de 1.940 ha manifestado que las obligaciones que adquieren éstas obligaciones son de MEDIO. Por su importancia nos permitimos comentarlas brevemente.

Una de las primeras sentencias de la Corte en cuanto al tema de la responsabilidad civil de los profesionales de la salud, es aquella del 5 de marzo de 1940, en este fallo la Corte además de manifestar que las obligaciones de los profesionales de la salud son de medio, dejó en claro que la actividad médica no es una "empresa de riesgo".

Puntualmente la Corte manifestó:

"La obligación profesional del médico no es por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste"

Y frente a la empresa de riesgo, manifestó:

"La responsabilidad profesional médica, repite la Corte, no puede deducirse sino cuando proviene de algunos de los factores antes anotados y que sea al mismo tiempo determinante del perjuicio causado. Está pues condicionada esa responsabilidad en forma circunscrita a que se ha hecho referencia, pues de otra manera, además de hacerse imposible el ejercicio de esa profesión asumiría el carácter de empresa de riesgo, lo cual es inadmisibles desde el punto de vista legal y científico."

Resulta relevante comentar que en esta sentencia la Corte, coherente con el discurso de las obligaciones de medios para profesionales de la salud, empezó a dar los primeros pasos sobre la doctrina de la "*culpa probada*" en materia de responsabilidad civil médica, la cual como sabemos traslada al acreedor, en este caso al paciente, la carga de la prueba del incumplimiento material. Así como de la falta de diligencia del deudor (médico), doctrina que aún promulga y mantiene la Corte.

En sentencia del 12 de septiembre de 1985, la Corte nuevamente hace referencia a las obligaciones de medio en materia de responsabilidad médica, y al respecto señaló:

"Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, si al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes a los datos adquiridos por la ciencia... Por tanto, el médico tan sólo 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".

Como se observa, nuevamente la Corte insiste en la teoría de la culpa probada, lo cual como lo veremos más adelante al hacer el análisis de las sentencias más recientes, es el principio predominante en esta alta Corporación.

Al año siguiente la Corte nuevamente en un pronunciamiento del 26 de noviembre de 1986, insiste en afirmar que las obligaciones que asumen los profesionales de la salud son de medios y no de resultado, y señala que para que el profesional de la salud sea declarado civilmente responsable es necesario que se pruebe su culpa.

Citamos brevemente lo afirmado por esta Corporación en esa oportunidad:

"La jurisprudencia considera que la obligación que el médico contrae por el acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada. Solamente podrá ser declarado responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado el enfermo o por no haber

utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haber aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia, a pesar de que sabía que era el indicado.”

Finalmente llegamos a un pronunciamiento de gran importancia en esta materia, nos referimos a la sentencia del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente **JOSÉ FERNANDO RAMÍREZ**. En esta oportunidad la Corte abordó varios temas de gran importancia: Esta sentencia sienta el principio de la **CULPA PROBADA** en materia de responsabilidad médica: La Corte también se ocupó del análisis de la naturaleza jurídica del contrato de prestación de servicios médicos e igualmente hizo referencia a las obligaciones de medios y resultados.

Encontramos igualmente en la jurisdicción de lo contencioso administrativo innumerables pronunciamientos frente al tema de las *obligaciones de medios* en materia de responsabilidad de los profesionales de la salud. La jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido reiterativa en este tema, para enunciar algunos ejemplos encontramos los pronunciamientos del 18 de abril de 1994, 20 de febrero de 1997, 24 de junio de 1998, entre muchos otros. Por su importancia haremos referencia al segundo de estos fallos:

“Acerca del alcance de esta obligación de medios, que consiste en otorgar al paciente atención oportuna y eficaz, la Sala ha dicho que ella "obliga al profesional de la medicina y a los centros de atención a proporcionar al enfermo todos aquellos cuidados que conforme a los conocimientos científicos y a la práctica del acto de curar son conducentes para tratar de lograr el fin deseado, siendo igualmente cierto que no se puede ni debe asegurar la obtención del mismo ”

El tema de las obligaciones de medios en materia de responsabilidad médica ha sido también analizado por la doctrina, la cual ha efectuado un aporte importante para su desarrollo y consolidación. El Doctrinante Carlos Ignacio Jaramillo, en su obra *Responsabilidad Civil Médica*, expresó:

"Aplicada esta bipartición al campo de la medicina, por cierto muy extendida en esta materia, la *communis opinio* manifiesta que la obligación que asume el médico, de ordinario (regla generalísima), es de medios y no de resultado. (La razón de que se compromete a

brindarle al paciente una esmerada y cuidadosa atención médica, en un todo de acuerdo con los avances y con los cánones de la ciencia médica, en la inteligencia que la curación o el buen suceso del tratamiento sugerido, no depende de su actuación o actividad -así lo desee vivamente, sino de una suerte de circunstancias e imponderables que, in toto, trasciende su querer y por contera, le son enteramente ajenos (corolario prevalentemente aleatorio). No en balde, ellos se ubican en la periferia de su laborío, pero con incidencia en los efectos y secuelas que de él emanan”.

y más adelante señala:

"Su compromiso, se repite por doquier, estriba pues en poner todos y cada uno de los medios a su alcance, en concordancia con los dictados de la lex artis, en procura de la preservación o mejoría de la salud de su paciente, según sea el caso (auscultación general: diagnóstico puntual; tratamiento; procedimiento quirúrgico y pre quirúrgico; posoperatorio, etc.), sin que haga parte de la prestación debida, en estrictez, el éxito o el buen suceso derivado del acto médico: desenlace afortunado, pero si el empeño y diligencia para alcanzarlo, independientemente de su materialización (posterius).

7.3. GENÉRICA O ECUMÉNICA:

Solicito que se decrete la excepción susceptible de enervar cualquiera de las peticiones de la demanda, que resultare probada dentro del proceso.

8.- PRUEBAS SOLICITADAS PARA DEMOSTRAR LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS EN LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:

8.1.- DOCUMENTAL:

8.1.1- Adicionalmente, como prueba documental deberá tenerse como tal el original del poder a mi conferido junto al Certificado de Existencia y Representación Legal que ya obran en el expediente.

8.1.2.- Póliza presentada para efectos de materializar el presente llamamiento en garantía, a la cual me atengo conforme a derecho por ser real y existir, todo de acuerdo

eso si a lo que al respecto se indique en el acápite en el cual se de contestación a dicho LLAMAMIENTO EN GARANTÍA. Igualmente se aporta nuevamente.

9.- OPOSICIÓN y OBJECCIÓN EXPRESA AL JURAMENTO ESTIMATORIO REALIZADO POR EL APODERADO DE LA PARTE ACTORA EN LA DEMANDA EN CUMPLIMIENTO DEL DEBER PROCESAL IMPUESTO POR EL ARTÍCULO 206 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO:

El apoderado de la parte actora, dentro del término legal previsto, procede a realizar lo que él llama JURAMENTO ESTIMATORIO en tratándose de pretensiones PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES.

Las PATRIMONIALES las funda en un presunto LUCRO CESANTE que simplemente estima partiendo de consideraciones propias, sin que se tenga prueba clara de su existencia en el expediente por cuanto no pueden ser aceptadas por el suscrito y se requiere a la parte actora para que proceda con su prueba clara conforme a derecho, mediante esta objeción. En todo caso no estima con el cuidado debido, ni en la demanda inicial, ni en la subsanación que por tal motivo pidió el despacho, pues finalmente solo enuncia cifras que considera a título de LUCRO CESANTE como procedentes, sin explicar proyecciones de supervivencia, sin probar (no lo está), el ingreso mensual del occiso; sin probar la dependencia económica de los reclamantes, sin descontar los gastos propios de la víctima; en fina; sin que de modo alguno el suscrito pueda en efecto con base en el libelo ni en su anexo (liquidación) estimar como prudente ese cálculo; todo lo que obliga al suscrito a **OBJETAR EL JURAMENTO ESTIMATORIO** efectuado.

Por **DAÑO MORAL**, hace unas estimaciones que en últimas deberá hacer el Señor Juez, de conformidad con los precedentes jurisprudenciales existentes, pero que desde ahora se advierte como una estimación exagerada e inconveniente, frente a los criterios expuestos a tal respecto por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil.

De la anterior forma, si caso esto no fuese compartido, dejo claramente objetados, con sustento razonable y técnico, la inexactitud de la que adolecen la pretensiones indemnizatorias extrapatrimoniales y así deberá entenderlo expresamente el

despacho por cuanto contradice los precedentes jurisprudenciales en torno a ese tipo de estimaciones en caso de lesiones.

II.- PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO EN ESTE PROCESO POR PARTE DEL INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA. QUE VINCULA HOY A MI MANDANTE "ALLIANZ SEGUROS S.A.":

1.- FRENTE A LA PRETENSIÓN DE LLAMAMIENTO, ASÍ COMO A LAS PRUEBAS CONTENIDAS EN EL ESCRITO DE SOLICITUD DE LLAMAMIENTO.

No me opongo Señor Juez a ninguno de tales puntos por estar cumplidos el pago de la prima y el aviso de siniestro, ateniéndome a lo que resulte probado dentro del proceso en cuanto se refiere a la responsabilidad endilgada a la entidad demandada, asegurada simultáneamente por mi mandante. Y en cuanto a la vigencia del seguro, tampoco me opongo por contener cláusula Claims Made que cubre reclamos realizados durante su vigencia, así haya ocurrido en el pasado, siempre y cuando no estén presentes fenómenos derivados de reclamos (no de siniestros) efectuados al asegurado por fuera de la vigencia contractual pactada.

Por lo anterior dejo claro al despacho que en todo caso deberá observarse siempre:

1.- EL ÁMBITO TEMPORAL DE LA COBERTURA PACTADA:

En la póliza objeto del presente llamamiento, se concertó una delimitación temporal de la cobertura con fundamento en las denominadas cláusulas por reclamo realizado consagradas legalmente en el artículo cuarto de la ley 389 de 1.997 que indica que las compañías de seguros pueden expedir pólizas en las que se haya pactado una delimitación temporal de la cobertura como en este caso ocurrió, basadas en la reclamación realizada al Asegurado por primera vez y no propiamente en la ocurrencia física de los hechos objeto de reclamo.

De la anterior forma, la póliza cuyo análisis nos ocupa y con base en la cual mi mandante fue llamado en garantía y vinculado por consiguiente al presente proceso, claramente expresa que:

"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 ENERO 31 DE 2011 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable."

Vale la pena recalcar de lo anterior que lo que determina el aseguramiento es en esencia la reclamación que se efectúe al asegurado por primera vez y para el caso puntual dicha reclamación ocurrió el día 22 de agosto de 2018, razón por la cual la póliza presentada con el llamamiento, cuya vigencia fue 13 de marzo de 2018 al 12 de marzo de 2019 efectivamente es la vigente para el momento del reclamo.

Sin embargo, me opondré por otras razones y esencialmente por **LIMITACIONES DE COBERTURA Y EXCLUSIONES EXPRESAS** como adelante indicaré.

2.- LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE MI REPRESENTADA "ALLIANZ SEGUROS S.A." A VALORES ASEGURADOS:

Al tenor de lo dispuesto en las normas pertinentes del Código de Comercio, atinentes al Contrato de Seguro, así como a lo acordado con las partes a la celebración de los contratos de seguro que han servido para realizar el presente llamamiento en garantía, solicito al Señor Juez, tener en cuenta que existen límites de cobertura que deberán ser tenidos en cuenta, cuales son:

a.- Para la **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**: Esta póliza operará de conformidad con los límites impuestos por el contrato de seguros así: El valor máximo contratado para la vigencia de la misma y para ésta cobertura es equivalente a la suma total de **UN MIL MILLONES DE PESOS M/C (\$1.000.000.000,00) EVENTO/VIGENCIA**, por ser **RECLAMO OCURRIDO** en vigencia de póliza aportada y con base en hechos ocurridos con posterioridad al 31 de enero del 2011 (Periodo de retroactividad convenido para hechos reclamados en vigencia), observando obligatoriamente un **DEDUCIBLE DEL 10%** con un límite asegurado mínimo de \$30.000.000

3.- PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO PROPIAMENTE TALES.

De forma genérica se indica al despacho, sin que ello implique reconocimiento alguno de responsabilidad a cargo de mi representada o incluso de su asegurado; que en el evento de estar reunidos los requisitos consagrados por la ley en los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, esto es, las consideraciones sustantivas requeridas para que opere el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, sea ella la ordinaria o la extraordinaria, llegaren a estar presentes, se tengan ambas por oportunamente formuladas, teniendo en cuenta además, que mi representada que converge a este proceso en su calidad de llamada en garantía, desconoce por consiguiente las reclamaciones extrajudiciales que el demandante hubiese formulado en contra de la parte demandada y llamante; ni cuando ello pudiera ocurrir frente a la entidad convocante.

4.- IMPOSIBILIDAD LEGAL DE CONDENAS SOLIDARIAS FRENTE AL ASEGURADOR:

Me remito a todo lo dicho dentro del presente escrito en lo que respecta a la inexistencia de una responsabilidad solidaria entre la INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA. y las demás codemandadas, por lo que aún si no se tuvieron en cuenta todas las manifestaciones tendientes a desvirtuar la mencionada solidaridad y llegare a emitirse sentencia condenatoria determinando responsabilidad de la entidad llamante téngase en cuenta que “ALLIANZ SEGUROS S.A.” solamente podrá responder contractualmente con base en la póliza objeto del llamamiento por las sumas de dinero a las que se condene a pagar a su asegurado llamante.

Adicionalmente, para este llamamiento en garantía hago énfasis en que nunca jamás las compañías aseguradoras llamadas en garantía son **SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES** como suele pensarse, sino que por el contrario, con observancia de los límites contractuales previstos, solo deben **REINTEGRAR** a los demandados llamantes los dineros que por sentencia se les ordene pagar, cuando ellos lo soliciten. En otras palabras, los demandados asegurados solo pueden repetir hasta el monto del valor asegurado contra los aseguradores, pero jamás pueden cobrar esos dineros los demandantes en caso de condena⁴.

⁴ ART. 64 del CGP. —Llamamiento en garantía. Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.

III.- NOTIFICACIONES:

1.1.- LAS PERSONALES las recibiré en la secretaría de su despacho, o en mi oficina de abogado, que funciona en la carrera 3 oeste número 1-11, oficina 102, del barrio "El Peñón", de esta ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca).

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS, SOLICITO EXPRESAMENTE AL DESPACHO, QUE SE REMITAN CONJUNTAMENTE E INSEPARABLEMENTE A LAS SIGUIENTES DIRECCIONES DE CORREOS ELECTRÓNICOS, DADA LA POSIBILIDAD DE FALLA DE LOS CORREOS Y SU REMISIÓN Y RECEPCIÓN, OBSERVANDO DETALLADAMENTE LA ORTOGRAFÍA Y ORDENES DE CARACTERES DE CADA DIRECCIÓN:

ifg@gonzalezguzmanabogados.com

luis.gonzalez@cable.net.co

alj@gonzalezguzmanabogados.com

img@gonzalezguzmanabogados.com

tts@gonzalezguzmanabogados.com

1.2.- LAS DEL DEMANDANTE, LA DEL DEMANDADO Y LA DE LA LLAMADA EN GARANTÍA, se determinaron en la demanda y llamamiento en garantía respectivos y a ellos me atengo.

Del Señor Juez,

Atentamente;

LUIS FELIPE GONZÁLEZ GUZMÁN

C.C. N° 16'746.595 de Santiago de Cali (V)

T.P. N° 68.434 del Consejo Superior de la Judicatura



Empresas
Condiciones del
Contrato de Seguro
Póliza N°
022242094 / 0

Allianz
Responsabilidad Civil
Profesional Clínicas y Hospitales
www.allianz.co

14 de Marzo de 2018

Tomador de la Póliza

INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA

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

Allianz Seguros S.A.



SUMARIO

PRELIMINAR.....	4
CONDICIONES PARTICULARES.....	5
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
CONDICIONES GENERALES.....	13
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	13
Capítulo III - Siniestros.....	21

PRELIMINAR

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

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

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

CONDICIONES PARTICULARES

**Capítulo I
Datos Identificativos**

Datos Generales

Tomador del Seguro: INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA NIT: 8903014305
CL 8 CR 29 50 .
CALI
Teléfono: 6081000
Email: notienecorreo@allianz.co

Asegurado: INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA NIT: 8903014305
CL 8 CR 29 50 .
CALI
Teléfono: 6081000
Email: notienecorreo@allianz.co

Póliza y duración: Póliza n°: 022242094 / 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 13/03/2018 hasta las 24:00 horas del 12/03/2019.

Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

Renovable a partir del 12/03/2019 desde las 24:00 horas.
WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S
Clave: 1075753
CALLE 10 OESTE NO 2-50 - PISO 6
Intermediario: CALI
NTT: 8909016044
Teléfonos: 8930893 0
E-mail: williscolombia207@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CL 8 CR 29 50 .

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica

5

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

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

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

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

- (a) Un (1) año: 120%
- (b) Dos (2) años: 160%

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

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

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

7

Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	1.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	1.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	210,00
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 ENERO 31 DE 2011 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extensión 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 periodo 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 periodo, 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.

6

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:		
Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1075753	WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de Servicios Médicos

ASEGURADO: INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA / CLÍNICA LOS REMEDIOS - CALI / FUNDACIÓN HOGAR DE NAZARETH CALI, / HOGAR SAGRADA FAMILIA

COBERTURAS & CLÁUSULAS ADICIONALES:

1. La Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del Asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo entre el Asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no. De acuerdo a lo definido en el numeral 1 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

2. Hogares Santa Inés y Sagrada Familia: La Responsabilidad Civil Profesional legalmente le sea imputable al Asegurado cuando se encuentre ejerciendo sus labores con los usuarios de los hogares Santa Inés o Sagrada Familia en predios de la Clínica o en predios de dichos hogares, debidamente autorizados por el Asegurado, siempre y cuando los mismos sean derivados de actos médicos amparados bajo la presente póliza y desarrollados por personal al servicio del asegurado.

3. Se deja constancia que la presente póliza ampara al asegurado por la responsabilidad civil profesional que legalmente le pueda ser imputable por los daños extrapatrimoniales (daño moral y perjuicio fisiológico), lucro

8

cesante, daños a la vida en relación y daño emergente del tercero afectado.

4. Modificaciones a favor del Asegurado previo acuerdo con Allianz Seguros S.A.

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

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.

Gastos de Defensa:
10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$5.000.000

Demás Eventos:
10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COP\$30.000.000

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas N° de recibo: 886232910

Periodo: de 13/03/2018 a 12/03/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	150.000.000,00
IVA	28.500.000,00
IMPORTE TOTAL	178.500.000,00

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: 8930893 0
También a través de su e-mail: williscolombia207@allia2.com.co
Sucursal: CAU

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

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

VIGILADO POR SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE
SAN JOSE DE GERONA

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 delegado 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

13

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 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

15

profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

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

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

Gastos de Defensa

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑIA** 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 COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelanta 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.

14

(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 extravío 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.

16

- 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, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
- 9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.
- 10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.
- 11. Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.
- 12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.
- 13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.
- 14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
- 15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.
- 16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.
- 17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:
 - a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de

los fabricantes; y

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

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑIA.

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 COMPAÑIA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus

actividades normales en relación con:

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

LA 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 debida 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 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.

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.

21

El deducible convenido para esta cobertura 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.

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

23

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, evaluar 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, 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.

DEDUCIBLE.

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 período de retroactividad acordado en la misma.

6. LÍMITE 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

24

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 inculparable 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 "DECLARACIÓN 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.

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

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 período 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 inhabilitación 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

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujeta 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 comuniqué la ocurrencia del siniestro a QUINCE(15) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por esta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático 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. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los TREINTA(30) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

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 SESENTA(60) 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

29

30

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros

Allianz 

WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S

NIT: 8909016044
CALLE 10 OESTE NO 2-50 - PISO 6
CALI
Tel. 8930893
Fax 8930893
E-mail:williscolombia207@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860226182 - 5

RAMA JUDICIAL
JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL DEL CIRCUITO DE SANTIAGO DE
CALI- VALLE

CONSTANCIA

Se corre traslado a la parte demandante de las excepciones de mérito presentadas por la parte demandada. Se fija por el término de Cinco (5) días. Corriendo los días 11, 12, 15, 16 y 17 de Febrero de 2021.

EDWARD OCHOA CABEZAS
Secretario

RAD: 2019-00013

Firmado Por:

EDWARD OCHOA CABEZAS

SECRETARIO

SECRETARIO - JUZGADO 007 DE CIRCUITO CIVIL DE LA CIUDAD DE CALI-VALLE DEL CAUCA

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

43cb18c0004f4c97cc37b68aba914e78e6fa9fbb2488383fb48163e6573cf7f6

Documento generado en 09/02/2021 02:43:49 PM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>