

Señores

JUZGADO TREINTA (30) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

Referencia: Proceso Verbal No. 11001310303020180064400 de ANGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ Contra CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD Y CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR Llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.

-CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Quien suscribe, **RICARDO VÉLEZ OCHOA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía número 79.470.042 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 67.706 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado judicial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, de acuerdo con el poder que obra en el expediente (Página 15 del Certificado de Existencia y Representación Legal de Allianz Seguros S.A.), dentro del término legal, por medio del presente escrito, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por los señores (as) **ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ, CARLOS ALBERTO CASTRO FLÓREZ, PATRICIA ORTIZ DE FONSECA, MARCO AURELIO FONSECA FARIAS, MARIA CAMILIA FONSECA ORTIZ, FABIO ANDRES FONSECA ORTIZ, TOMÁS SANTIAGO FONSECA SOLER Y DAVID ALEJANDRO FONSECA SOLER** contra la **CORPORACIÓN UNIVERSITARIA JUAN CIUDAD – HOSPITAL MÉDERI, COMPENSAR Y HUMBERTO JOSÉ RODRÍGUEZ MORALES**, y a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** que presentó la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR** Contra **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

CAPÍTULO PRIMERO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DE SU SUBSANACIÓN

I. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA Y DE LA SUBSANACIÓN

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones solicitadas en el escrito de demanda, como quiera que no existe razón jurídica ni fáctica que legitime el reconocimiento de las mismas en

tanto no se estructuran los elementos necesarios para que se atribuya responsabilidades médica a las entidades demandadas, particularmente, a la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA JUAN CIUDAD.

Además, solicito que se condene en costas a la parte demandante.

II. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA Y DE LA SUBSANACIÓN

Paso para pronunciarme expresamente sobre los hechos afirmados en el escrito contentivo de demanda, siguiendo el orden allí expuesto, así:

Al Primero.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena al cuadro médico que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Segundo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena al cuadro médico que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Tercero.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Cuarto.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Quinto.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Sexto.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Séptimo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Octavo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de

salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Noveno.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado. No obstante, es preciso mencionar que a la paciente se le informaron los signos de alarma que debía tener en cuenta para consultar el servicio de urgencia médica nuevamente.

Al Décimo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Undécimo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Duodécimo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado

de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Decimotercero.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado. No obstante a pesar de lo anterior, es preciso destacar que, conforme lo mencionó la CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD en su escrito de contestación a la demanda, la muerte del feto no era evitable en tanto la condición médica del mismo representaba un alto índice de mortalidad.

Al Decimocuarto.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado. A pesar de lo expuesto, es del caso mencionar que la *“guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamientos de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: para uso de profesionales de la salud”* establece el *tratamiento que se debe dar a la madre cuando la misma se encuentra en trabajo de parto*. En tal sentido, y como quiera que en el caso que nos ocupa la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA no estuvo nunca en trabajo de parto los días 24 y 25 de mayo de 2016, ya que la misma no cumplía con las condiciones que se exigen para tal efecto en la página 54 de la citada guía (cuando exista una dilatación de cuello uterino entre 4 y 10 cm con una dinámica uterina regular), subyace claramente que el procedimiento médico al que se hace referencia en este hecho no resultaba aplicable para el tratamiento y cuidado médico de la paciente.

Al Decimoquinto.- **No me consta** los hechos a los que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a los mismos. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Decimosexto.- **No me consta** los hechos a los que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a los mismos. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Decimoséptimo.- **No me consta** ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, toda vez que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto a los acercamientos que extraprocesalmente hubiesen tenido las partes, así como al contenido de la comunicación al que se hace mención en este numeral. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Decimoctavo.- **No me consta** ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena, tanto al estado de salud que presentaba la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ para la época a la que se hace mención en este hecho, así como a la atención médica, diagnósticos, tratamientos y exámenes que le fueron practicados a la misma en dicho periodo. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Decimonoveno.- El presente numeral **no contiene hechos** sino apreciaciones subjetivas de la parte demandante en torno a las supuestas falencias que, a su juicio, se presentaron en los registros médicos asociados a la paciente ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ. A pesar de lo anterior, es preciso señalar que, además de valorar la parte actora las anotaciones médicas de forma parcializada al manifestar sus apreciaciones en este numeral, pasó por alto que, debido a que en el evento que nos ocupa, esto es, en donde la madre gestante sufre de obesidad, no es fácil captar la frecuencia cardíaca del feto, por lo que es indispensable que se confirme tal evento con la realización de un monitoreo fetal, como el que, en efecto, se realizó a las 5:00 horas del 25 de mayo. Una vez se realizó el mismo, en nota de enfermería

de las 5:35, se confirmó el óbito fetal por barrido ecográfico. En tal sentido, y como quiera que ante la presencia del citado cuadro clínico corresponde desembarazar a la paciente, se le realizó la correspondiente cesárea a la misma el 25 de mayo de 2016 a las 6:22 horas. Nótese como, en virtud de lo expuesto, subyace claramente que, contrario a lo que se manifiesta en el escrito de demanda, no existió retardo ni comportamiento negligente en la atención médica recibida por la señora FONSECA ORTIZ.

Al Vigésimo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a la radicación y contenido de la comunicación a la que se hace mención en este numeral. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Vigésimo primero.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a la radicación y contenido de la comunicación a la que se hace mención en este numeral. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Vigésimo segundo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

HECHOS RELATIVOS A LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LAS PARTES

Al Vigésimo tercero.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Vigésimo cuarto.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Vigésimo quinto.-No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Vigésimo sexto.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Vigésimo séptimo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Vigésimo octavo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Vigésimo noveno.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

Al Trigésimo.- No me consta ninguna de las circunstancias a las que se hace referencia en el presente numeral, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A. es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO Y ARGUMENTOS DE DEFENSA FRENTE A LA DEMANDA Y LA SUBSANACIÓN DE LA DEMANDA

3.1. Coadyuvancia de las excepciones de mérito y argumentos de defensa propuestos por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR.

3.2. Inexistencia de culpa o falla en la prestación del servicio médico suministrado a la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ por parte de las entidades demandadas

El régimen de responsabilidad médica establecido en nuestro ordenamiento, ora estatal, ora privado, descansa sobre la base del **sistema de culpa**. Es así cómo, para endilgar responsabilidad patrimonial a partir de la prestación del servicio médico u hospitalario en un caso concreto, es necesario que el actor demuestre, fehacientemente, la culpa o falla incurrida por el agente que prestó el servicio, esto es, la falta cometida por el mismo, a fin que los daños derivados causalmente de dicha falta probada le sean imputables al agente; no aplicando actualmente, el pretérito régimen de la “*falla presunta*”, cuyo sustento ha sido abiertamente rechazado por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, según se observa en los siguientes apartes jurisprudenciales:

Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. Sentencia del 15 de enero de 2008, Exp. No. 2000-67300-01. MP. Dr. Edgardo Villamil Portilla:

“Entonces, la declaración de responsabilidad en la actividad médica supone la prueba de “los elementos que la estructuran, como son la culpa contractual, el daño y la relación de causalidad” (Sent. Cas. Civ. de 12 de julio de 1994, Exp. No. 3656)”.

Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. Sentencia del 22 de julio de 2010, Exp. No. 2000-00042-01, MP. Dr. Pedro Octavio Munar Cadena:

“En tratándose de la responsabilidad directa de las referidas instituciones, con ocasión del cumplimiento del acto médico en sentido estricto, es necesario puntualizar que ellas se verán comprometidas cuando lo ejecutan mediante sus órganos, dependientes, subordinados o, en general, mediando la intervención de médicos que, dada la naturaleza jurídica de la relación que los vincule, las comprometa. En ese orden de ideas, los centros clínicos u hospitalarios incurrirán en responsabilidad en tanto y cuanto se demuestre que los profesionales a ellas vinculados incurrieron en culpa en el diagnóstico, en el tratamiento o en la intervención quirúrgica. Por supuesto que, 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 (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras)”.

Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. Sentencia del 17 de noviembre de 2011, Exp. No. 1999-00533-01, MP. Dr. William Namén Vargas:

“En este contexto [la responsabilidad civil contractual], por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la *lex artis*, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8° decreto 2280 de 1981), naturalmente "el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza”, incluso éticos componentes de su *lex artis* (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio. (...)

Tratándose de la responsabilidad civil extracontractual médica, indispensable demostrar sus elementos, en particular el acto o hecho dañoso, imputable a título de dolo o culpa, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante, sin admitirse “un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras”, ni se oponga a “que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 *Ibíd.*); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio *res ipsa loquitur*” (cas. civ. sentencia de 22 de julio de 2010, exp. 41001 3103 004 2000 00042 01)”.

Corte Suprema de Justicia. Sala Civil, Sentencia del 27 de julio de 2015. Exp. SC-05001310301720020056601 (97212015). M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez

“5. La complejidad del cuerpo humano imposibilita que, a pesar de los significativos pasos que día a día se obtienen en materia de salud, prevención y tratamiento de enfermedades, la medicina sea una ciencia exacta. Hay en cada caso en particular un

margen de incertidumbre sobre los resultados a lograr con su ejercicio, que escapa al arbitrio de quienes ejercen las diferentes ramas que la conforman.

Por esta razón, solo es constitutiva de responsabilidad civil una mala praxis, ya sea por proceder en contravía de lo que el conocimiento científico y la experiencia indican o al dejar de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí, siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexo causal que contempla la ley.”

Pues bien, este sistema de culpa o falla probada, en el cual descansa la institución de la responsabilidad patrimonial médica, encuentra fundamento no sólo en el principio general probatorio consagrado en el artículo 167¹ del Código General del Proceso, sino también, por una parte, en la consideración según la cual las obligaciones de los agentes prestadores de los servicios médicos y hospitalarios, salvo muy específicas excepciones, **son de medio y no de resultado**, por cuanto se dirigen al empleo de todos los instrumentos disponibles que estén al alcance para intentar salvaguardar la vida e integridad de los pacientes; y por otra parte, en el hecho de que la realización del acto médico desde ningún punto de vista puede ser tomado como una actividad peligrosa².

En efecto, tal como es bien sabido, el médico y la institución médica prestadores del servicio, tienen frente al paciente la obligación de medio de proveer todos los medios técnicos y humanos a su alcance para propender por la sanación del paciente, o el éxito de los procedimientos que se le practiquen a los mismos, pero claramente su obligación no implica el que el médico y/o la institución médica correspondiente, deban necesariamente lograr ese resultado esperado, pues como es obvio, la propia condición médica del paciente antes y/o después del tratamiento

¹ “Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba”.

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 5507 del 30 de enero de 2001, MP. Dr. José Fernando Ramírez: “Ciertamente, el acto médico y quirúrgico muchas veces comporta un riesgo, pero éste, al contrario de lo que sucede con la mayoría de las conductas que la jurisprudencia ha signado como actividades peligrosas en consideración al potencial riesgo que generan y al estado de indefensión en que se colocan los asociados, tiene fundamentos éticos, científicos y de solidaridad que lo justifican y lo proponen ontológica y razonablemente necesario para el bienestar del paciente, y si se quiere legalmente imperativo para quien ha sido capacitado como profesional de la medicina, no sólo por el principio de solidaridad social que como deber ciudadano impone el artículo 95 de la Constitución, sino particularmente, por las “implicaciones humanísticas que le son inherentes”, al ejercicio de la medicina, como especialmente lo consagra el artículo 1º parágrafo 1º de la Ley 23 de 1981”.

médico y/o intervención, la cual es ajena al galeno, puede conducir a que no se alcance ese resultado, en cuyo caso, la no producción del resultado esperado, no puede por ende resultar imputable al médico, si éste puso a disposición del paciente todos los medios y herramientas a su alcance para tal fin.

Por ello, nuestra jurisprudencia y doctrina han sido unánimes en establecer que, salvo casos puntuales (en los que la naturaleza de la obligación contraída por el médico y/o la Entidad médica determinan que aquella sea una obligación de resultado, como los casos de intervenciones quirúrgicas estéticas), para establecer la existencia de una alegada responsabilidad médica en un caso concreto, es necesario que dentro del proceso aparezca debidamente probada, como un primer requisito, la culpa o falta incurrida por el médico y/o la Institución Médica en la prestación del servicio.

Así lo señaló, entre otras oportunidades, la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia en sentencia proferida el 13 de septiembre de 2002, al destacar:

“A este respecto la Jurisprudencia de la Corte, a partir de su sentencia de 5 de marzo de 1940 ha dicho...que la responsabilidad civil de los médicos (Contractual o extracontractual) está regida en la legislación patria por el criterio de la **culpa probada**, salvo cuando se asume una expresa obligación de sanación y esta se incumple, 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 C.C., 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 existen, añadiendo por consiguiente 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 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 que asumir el médico, y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuran su responsabilidad y particularmente de la culpa.”

Del mismo lo destaca el Doctor Javier Tamayo Jaramillo en su obra, al señalar:

“El derecho colombiano regula por separado la responsabilidad civil contractual y la extracontractual distinción que también es aplicable a la prueba de la culpa por defectuosa prestación de los servicios médicos. Aunque veremos por separado los textos que regulan una y otra responsabilidad, de todas formas insistimos en que cualquiera de las dos responsabilidades que se aplique por un acto médico defectuoso deberá suponer **una culpa probada del médico.**”³ (Resaltado no original).

En este orden de ideas, considerando el caso que nos ocupa, es evidente que la alegada responsabilidad médica que, se dice, les asiste a las entidades demandadas sólo podría llegar a declararse en sede judicial, en la medida en que la parte actora logre probar, fehacientemente, que aquellas entidades incurrieron en **faltas inexcusables** al suministrar los servicios médicos por los cuales consultó la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ.

Particularmente, la parte actora sostiene que las entidades demandadas son responsables de los daños que aducen haber sufrido como consecuencia del fallecimiento “*de la hija que estaba por nacer de ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTÍZ*” el día 25 de mayo de 2016. En efecto, en el escrito de demanda, se argumenta que existió un comportamiento negligente por parte de las entidades demandadas en el manejo clínico que se dio a la paciente en el caso que nos ocupa, en tanto el personal médico, al perder de vista que el embarazo de la señora FONSECA ORTÍZ era de alto riesgo, no le suministró a la misma un manejo clínico adecuado generando el fallecimiento del feto.

Empero, lo cierto es que, conforme se evidencia de la lectura de la historia clínica que reposa dentro del expediente, la atención médica que le fue suministrada a la señora FONSECA ORTIZ los días 23, 25 y 25 de mayo de 2016 fue en todo momento oportuna y eficiente por cuanto la misma atendió los postulados de *la lex artis ad-hoc*. Al respecto, nótese que desde la consulta médica del día 23 de mayo de 2016, a la señora FONSECA se le auscultó y se le practicaron los exámenes necesarios para garantizar su óptimo estado de salud. En esta oportunidad, se pudo detectar que el feto y la paciente se encontraban en buen estado, se le dio orden de salida el 24 del mismo mes y se le comunicaron los signos de alarma para re-consulta.

³ TAMAYO JARAMILLO, Javier. Tratado de Responsabilidad Civil Tomo I. Editorial Legis. Bogotá D.C., 2007. Pg 1080.

No obstante, el día 24 de mayo de 2016 la paciente ingresó nuevamente al Hospital. En esta ocasión se encontró al feto vivo y se le ordenó la realización de una monitoria fetal y biometría para calcular la edad gestacional. Es importante destacar que la paciente en esta fecha no inició trabajo de parto por lo que no era posible desplegar maniobras encaminadas a la realización de dicho proceso.

Ahora bien, a las 3:30 am del día 25 de mayo de 2016, como parte de los controles que se le venían realizando a la paciente, se detectó que, si bien la paciente se encontraba en estable, la misma presentaba actividad uterina irregular. Por ello, a las 5:00 am se le realizó una monitoria fetal, proceso en que no se encontró fetocardia. Este hallazgo condujo a que a la paciente se le realizarán múltiples exámenes, tales como una ecografía de barrido, a fin de corroborar el diagnóstico presuntivo. Sin embargo, ante la confirmada ausencia de movimientos fetales, a las 7:36 am se confirmó el óbito fetal y se llevó a la paciente para la practica de cesárea.

Nótese como, del citado recuento, es factible inferir que el tratamiento médico suministrado a la paciente se compadeció con la sintomatología que la misma presentaba, sin que en ningún momento se hubiese descuidado a la misma o se le hubiere dejado de practicar los exámenes o tratamientos que esta requería según su estado de salud. Todo lo contrario, el personal médico estuvo atento a la evolución clínica de la paciente quien, por demás, se debe resaltar, tenía un embarazo de alto riesgo que finalmente se concretó en el óbito fetal diagnosticado.

Con fundamento en los argumentos expuestos, no queda la menor duda que las entidades demandadas están llamadas a ser exoneradas de toda responsabilidad, como quiera que no medió un comportamiento negligente por parte del personal médico que conoció del caso de la señora FONSECA.

3.3. Inexistencia de nexo de causalidad entre la conducta que se atribuye a las entidades demandadas y el estado de salud actual de la señora ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ.

Frente a la responsabilidad civil por la prestación del servicio médico, así como es necesario acreditar la falta o culpa incurrida en la prestación del servicio en el caso concreto, es igualmente necesario probar el nexo causal entre la conducta indebida desplegada por el agente y el daño sufrido por la víctima. Lo anterior, como quiera que **sólo los daños directamente generados a partir de la falta o culpa cometida por el médico y/o la institución médica correspondiente, son imputables a los mismos.**

En verdad, es bien sabido que uno de los requisitos de la responsabilidad civil tanto contractual como extracontractual, está dado por la existencia de nexo causal entre la conducta desplegada por el agente y el daño padecido por la víctima, de forma tal que si la víctima sufre un daño, pero el mismo no se derivó a partir de la conducta desplegada por el agente, no es posible endilgar responsabilidad civil a este último, a partir de la generación del referido perjuicio.

En tal sentido se ha manifestado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia⁴:

“Entonces, la declaración de responsabilidad en la actividad médica supone la prueba de “los elementos que la estructuran, como son la culpa contractual, el daño y la relación de causalidad” (Sent. Cas. Civ. de 12 de julio de 1994, Exp. No. 3656). Destácase ahora que acerca del último de los requisitos aludidos, la Corte tiene decantado que “ese nexo de causalidad debe ser evidente, de modo que el error del Tribunal haya sido del mismo calibre, pues en esta materia tiene esa Corporación discrecionalidad para ponderar el poder persuasivo que ofrecen las diversas probanzas, orientadas a esclarecer cuál de las variadas y concomitantes causas tiene jurídicamente la idoneidad o aptitud para producir el resultado dañoso.

“El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no sólo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato, señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responde de los primeros cuando son ‘consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento’. Por lo demás, es el sentido del artículo 2341 ib. el que da la pauta, junto al anterior precepto, para predicar la necesidad del nexo causal en la responsabilidad civil, cuando en la comisión de un ‘delito o culpa’ —es decir, de acto doloso o culposo— hace responsable a su autor, en la medida en ‘que ha inferido’ daño a otro.

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de enero de 2008, Exp. No. 2000-67300-01, MP. Dr. Edgardo Villamil Portilla

“Pero si hay consenso en la necesidad de esa relación causal, la doctrina, acompañada en este punto de complejas disquisiciones filosóficas, no ha atinado en ponerse de acuerdo sobre qué criterios han de seguirse para orientar la labor del investigador – jueces, abogados, partes- de modo que con certidumbre pueda definir en un caso determinado en el que confluyen muchas condiciones y antecedentes, cuál o cuáles de ellas adquieren la categoría de causa jurídica del daño. Pues no ha de negarse que de nada sirve el punto de vista naturalístico, conocido como teoría de la equivalencia de las condiciones -defendida hace algún tiempo y hoy abandonada en esta materia-, según el cual todos los antecedentes o condiciones (y aún las ocasiones), tienen ontológicamente el mismo peso para la producción del resultado⁵. Semejante posición deja en las mismas al investigador, pues si decide mentalmente suprimir uno cualquiera de los antecedentes, con seguridad llegará a la conclusión de que el resultado no se hubiera dado, a más de la necesaria arbitrariedad en la elección de la condición a suprimir, dado que no ofrece la teoría criterios concretos de escogencia.

“De las anteriores observaciones surgió la necesidad de adoptar otros criterios más individualizadores de modo que se pudiera predicar cuál de todos los antecedentes era el que debía tomar en cuenta el derecho para asignarle la categoría de causa. Teorías como la de la causa próxima, la de la causa preponderante o de la causa eficiente –que de cuando en cuando la Corte acogió- intentaron sin éxito proponer la manera de esclarecer la anterior duda, sobre la base de pautas específicas (la última condición puesta antes del resultado dañoso, o la más activa, o el antecedente que es principio del cambio, etc). Y hoy, con la adopción de un criterio de razonabilidad que deja al investigador un gran espacio, con la precisión que más adelante se hará cuando de asuntos técnicos se trata, se asume que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquél que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más ‘adecuado’, el más idóneo para producir el resultado, atendidas por lo demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuadas para generarlo⁶. En fin, como se ve, la gran elasticidad del esquema conceptual anotado, permite en el investigador una conveniente amplitud de movimiento. Pero ese criterio de adecuación se lo acompañó de un elemento subjetivo que le valió por parte de un sector de la doctrina críticas a la teoría en su concepción clásica (entonces y ahora conocida como de la ‘causalidad adecuada’), cual es el de la

⁵ Se comprimiría esta teoría con la fórmula: “*causa causae es causa causati*”. Y luego se la intentó precisar mediante la aplicación de la “*condictio sine qua non*”, en virtud de la cual, si mentalmente se suprime una de las condiciones, ésta adquiere la categoría de causa, cuando el resultado asimismo se ve suprimido.

⁶ Esta última proposición, la de sopesar antecedentes que sólo de manera anormal o azarosa producen el resultado, se le ha añadido a la teoría de la causalidad adecuada, -que precisamente es criticada en ese aspecto, es decir, en que deja sin explicación aquellos daños que se producen por causas que normalmente no son aptas para ocasionarlo-, pues la ayuda que las ciencias forenses prestan a este propósito, permite que aún en esos raros casos, y junto con la “*lógica de lo razonable*” (Recasens) más precisamente que con las reglas de la experiencia, dichos eventos puedan esclarecerse.

previsibilidad, ya objetiva o subjetivamente considerada. Mas, dejando de lado esas honduras, toda vez que su entronque con la culpa como elemento subjetivo es evidente, y éste es tema que no se toca en el recurso, el criterio que se expone y que la Corte acoge, da a entender que en la indagación que se haga -obviamente luego de ocurrido el daño (...)- debe realizarse una prognosis que dé cuenta de los varios antecedentes que hipotéticamente son causas, de modo que con la aplicación de las reglas de la experiencia y del sentido de razonabilidad a que se aludió, se excluyan aquellos antecedentes que solo coadyuvan al resultado pero que no son idóneos per se para producirlos, y se detecte aquél o aquellos que tienen esa aptitud” (Sent. Cas. Civ. de 26 de septiembre de 2002, Exp. No. 6878), todo porque “el médico no puede responder sino cuando su comportamiento, dentro de la estimativa profesional, fue determinante del perjuicio causado” (Sent. Cas. Civ. de 30 de enero de 2001, Exp. No. 5507)”.

Ahora bien, frente a lo señalado resulta pertinente resaltar, cómo la existencia del nexo causal entre el hecho dañoso y el daño sufrido por el tercero, **nunca se presume**, de forma tal que siempre debe necesariamente aparecer de manera probada con la suficiente certeza dentro del proceso; carga probatoria que, al decir de la jurisprudencia y del artículo 167 del Código General del Proceso, corresponde asumir a la parte demandante: *“Por lo tanto el médico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando éstas hayan sido 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”*⁷. Así las cosas, **si a partir de las pruebas recaudadas dentro del proceso no existe la suficiente certeza que el hecho dañoso ha sido el origen del daño sufrido por el tercero, el nexo causal no revestirá la aptitud necesaria para generar responsabilidad civil en cabeza del agente.**

Por ende, es claro que la existencia del nexo causal debe verificarse y aparecer de manera cierta, debidamente probado dentro del proceso, frente al hecho dañoso del agente y los perjuicios sufridos por la parte actora.

Ahora bien, conviene resaltar que dentro de todas las teorías expuestas para establecer el nexo causal frente a la responsabilidad civil extracontractual, la Corte Suprema de Justicia ha adoptado la Teoría de la Causalidad Adecuada, bajo la cual no todas las causas que intervienen en la

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de enero de 2008, Exp. No. 2000-673.

producción de un efecto son equivalentes, sino que sólo las que se consideren adecuadas tienen incidencia causal desde el punto de vista jurídico. Es decir, sólo aquellas que objetivamente tengan la virtualidad de generar tal efecto, se considerarán aptas para establecer el nexo causal. En este sentido se ha pronunciado reiteradamente la Corte Suprema de Justicia, a partir de la sentencia proferida el 1° de septiembre de 1960, en la cual expresó:

“Nexo causal. Sin entrar al estudio de todos los elementos que integran la culpa extracontractual, en relación con el agente, la violación del derecho ajeno, el perjuicio efectivo y la imputabilidad o responsabilidad, debe considerarse el nexo de causalidad entre el daño y el hecho o acto reputado como culposos.

(...)

La causalidad presupone una condición o relación tal sin la cual no se explicaría la existencia de un hecho determinado, **que procede de otro como de su causa por ser idóneo y adecuado para producir, como efecto, el daño imputado a la culpa del agente.**” (Negrilla fuera del texto)

Pues bien, aterrizando las anteriores premisas al caso concreto, es menester considerar que, de acuerdo con las pruebas que reposan dentro del expediente, el óbito fetal en que se fundamentan las pretensiones de la demanda se produjo como consecuencia de la condición que presentaba el feto y a las condiciones físicas de la madre; factores estos que, al conjugarse, devinieron en el lamentable evento descrito.

De esta manera, ante la inexistencia de nexo causal entre el óbito fetal y la actuación del personal médico vinculado a las entidades demandadas, solicito se rechace el reconocimiento de las pretensiones de la demanda.

3.4. Inexistencia y/o sobrestimación de los perjuicios solicitados en la demanda

Dentro del *petitum* de la demanda, la parte demandante pretende el pago de las siguientes sumas de dinero:

- **Lucro cesante o pérdida de la oportunidad: 360 Smmlv**

- **Daño a la salud:**

- Ángela patricia Fonseca Ortiz: 100 smmlv
- Carlos Alberto Castro Flórez: 100 smmlv

- **Daño moral**

- Ángela patricia Fonseca Ortiz (madre): 100 smmlv
- Carlos Alberto Castro Flórez (padre): 100 smmlv
- Patricia Ortiz de Fonseca (abuela): 50 smmlv
- Marco Aurelio Fonseca Farias (abuelo): 50 smmlv
- María Camila Fonseca Ortiz (tia): 50 smmlv
- Fabio Andrés Fonseca Ortiz (tio): 50 smmlv
- Tomas Santiago Fonseca Soler (primo): 50 smmlv
- David Alejandro Fonseca Soler (primo): 50 smmlv

- **Daño a la vida de relación:**

- Ángela patricia Fonseca Ortiz (madre): 100 smmlv
- Carlos Alberto Castro Flórez (padre): 100 smmlv
- Patricia Ortiz de Fonseca (abuela): 50 smmlv
- Marco Aurelio Fonseca Farias (abuelo): 50 smmlv
- María Camila Fonseca Ortiz (tia): 50 smmlv
- Fabio Andrés Fonseca Ortiz (tio): 50 smmlv
- Tomas Santiago Fonseca Soler (primo): 50 smmlv
- David Alejandro Fonseca Soler (primo): 50 smmlv

- **Daño a los derechos constitucionalmente protegidos**

- Ángela patricia Fonseca Ortiz (madre): 100 smmlv
- Carlos Alberto Castro Flórez (padre): 100 smmlv
- Patricia Ortiz de Fonseca (abuela): 50 smmlv
- Marco Aurelio Fonseca Farias (abuelo): 50 smmlv
- María Camila Fonseca Ortiz (tia): 50 smmlv
- Fabio Andrés Fonseca Ortiz (tio): 50 smmlv
- Tomas Santiago Fonseca Soler (primo): 50 smmlv
- David Alejandro Fonseca Soler (primo): 50 smmlv

3.4.1. En cuanto al lucro cesante o pérdida de la oportunidad

Aún en el remoto evento en el cual resulte probada la responsabilidad de la parte demandada en la ocurrencia de los hechos que motivaron la demanda, y no prosperen las excepciones expuestas con anterioridad, los perjuicios que la parte demandante reclama como perjuicios patrimoniales no están llamados a ser reconocidos, como quiera que los mismos no reúnen los requisitos establecidos por el legislador para ser considerados como perjuicios resarcibles. En efecto, es preciso señalar que, para que un daño sea indemnizable, el mismo debe ser cierto y directo. Empero, en el caso que nos ocupa, el perjuicio que se solicita no resuelta ser cierto, ya que se reclama el pago de los ingresos que hubiese recibido el menor de haber nacido vivo. Es decir, para efectos de la petición económica analizada, se parte de un hecho incierto para pedir perjuicios económicos, esto es, que el menor hubiese nacido vivo y hubiere tenido una vida laboral activa.

Por otra parte, si se analiza la petición indemnizatoria bajo la categoría de un perjuicio por pérdida de la oportunidad, se debe destacar que, debido a que el embarazo en el presente evento era riesgoso, deviene evidente que la probabilidad de vida del menor era muy baja. En tal sentido, y como quiera que, de acuerdo con el expediente médico que reposa dentro del expediente, es evidente que al no haber existido una expectativa de viabilidad del embarazo alta, no se configuran los elementos necesarios para el reconocimiento de este perjuicio.

Sobre los presupuestos axiológicos que deben estar presentes para que se estructure el perjuicio analizado, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil se ha pronunciado de la siguiente manera:

“Sus presupuestos axiológicos, para que pueda considerarse como daño indemnizable según la elaboración jurisprudencial de esta Corporación refieren a: **(i)** Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, y aunque la misma envuelva un componente aleatorio, la “chance” diluida debe ser seria, verídica, real y actual; **(ii)** Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en inconveniente; y **(iii)** La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de las cosas, su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos. Dicho de otro modo, el afectado tendría que hallarse, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en un escenario tanto fáctico como jurídicamente idóneo para alcanzar el provecho por el cual propugnaba.”⁸

Debido a lo expuesto, subyace claramente que la petición indemnizatoria que por concepto de lucro cesante realiza la parte demandante, carece de fundamento jurídico alguno.

3.4.2. En cuanto al daño moral y el daño a la vida de relación

Debe tenerse en cuenta que los rubros solicitados por la parte actora a título de perjuicios extrapatrimoniales se encuentran ampliamente sobrestimados, ya que los mismos exceden, notoriamente, el parámetro indemnizatorio establecido por la jurisprudencia para el efecto, atentándose por consiguiente abiertamente contra el principio constitucional de igualdad, y contra los parámetros de equidad y proporcionalidad que informan a la institución

⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 5 de agosto de 2014. M.P. Margarita Cabello Blanco. Expediente. Expediente No 11001 31 03 003 1998 07770 01.

indemnizatoria en nuestro medio, puesto que el presente caso no reviste ningún elemento justificativo que permita al juzgador a ir más allá de las respuestas judiciales brindadas para eventos considerados como de extrema gravedad:

“Adviértase que no se trata de aplicar corrección o actualización monetaria a las cifras señaladas por la Corte antaño, por cuanto el daño moral no admite indexación monetaria, sino de ajustar el monto de la reparación de esta lesión, como parámetro de referencia o guía a los funcionarios judiciales, a las exigencias de la época contemporánea, sin que, además, se presenten inexplicables e inconvenientes diferencias para los administrados por el hecho de que el conocimiento del asunto corresponda a una jurisdicción en particular, reparación cuya definitiva fijación en términos monetarios corresponderá al juez del conocimiento, de conformidad con el particular marco de circunstancias que sea objeto de su decisión y atendiendo el tradicional criterio del arbitrium iudicis”⁹ (subrayado fuera de texto).

Por consiguiente, aun en el lejano evento en el que se accediera a la pretensión indemnizatoria en comento, de todos modos no resultaría razonable ni proporcional acceder a la condena solicitada por la accionante, en tanto sus circunstancias particulares no ameritan un tratamiento cuantitativo como el pedido en la demanda.

Con base en lo expuesto, no queda la menor duda que los perjuicios que a título de daño moral y daño a la vida de relación se encuentran siendo reclamados, están abocados al fracaso.

3.4.3. Daño a la salud

En torno a esta categoría de perjuicios, es pertinente mencionar que la jurisdicción civil no ha reconocido la misma de manera autónoma, sino que, por el contrario, los daños a la salud se encuentran subsumidos dentro de la categoría de daño a la vida de relación. Por consiguiente, no se podrá en el caso materia de estudio reconocer de forma concomitante perjuicios por concepto de daño a la vida de relación y daño a la salud, ya que se estaría otorgando una doble indemnización por un mismo concepto.

⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de noviembre de 2011, Exp. No. 1999-00533-01, MP. Dr. William Namén Vargas.

En este sentido solicito amablemente se rechace el reconocimiento de las sumas que, por concepto de daño a la salud, se encuentra siendo solicitada.

3.4.4. Daño a los derechos constitucionalmente protegidos

De cara al reconocimiento del perjuicio materia de estudio, es preciso mencionar que en el escrito de demanda no se argumentan las razones por las cuales resulta pertinente el reconocimiento de este perjuicio extrapatrimonial. Particularmente, se debe llamar la atención en cuanto a que la parte demandante no señala cuál es el derecho constitucional vulnerado, ni mucho menos se argumenta porqué el reconocimiento de los perjuicios extrapatrimoniales reclamados por concepto de daño moral y daño a la vida de relación no se subsumen los intereses que pretenden ser indemnizados a través de esta categoría de perjuicios. Por ende, y dado que, según la escasa argumentación que sobre el particular se esgrime en el escrito de demanda, es factible subsumir los intereses que bajo la presente categoría se desean compensar dentro de las categorías de perjuicios extrapatrimoniales antes expuestas, no resulta procedente que se reconozca, de forma autónoma, el perjuicio materia de análisis ya que, nuevamente, nos encontraríamos antes un supuesto de doble pago por un mismo concepto.

CAPÍTULO SEGUNDO: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR PARTE DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR EN CONTRA DE ALLIANZ SEGUROS S.A.

I. LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En los términos del artículo 64 de Código General del Proceso, me opongo a las pretensiones del llamamiento en garantía, como quiera que la responsabilidad de ALLIANZ SEGUROS S.A. se circunscribe a los términos y condiciones que fueron pactadas en el contrato de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022100405. En este sentido, cualquier condena que llegare a proferirse dentro del proceso de la referencia en contra de la Compañía que represento deberá limitarse a las condiciones convenidas en el contrato de seguros analizado.

II. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Paso a pronunciarme expresamente sobre los hechos afirmados en el escrito contentivo del llamamiento en garantía, siguiendo el orden allí expuesto, así:

Al Primero.- Es cierto. Sobre el particular me remito al contenido del escrito de demanda.

Al Segundo.- Es cierto. Sobre el particular me remito al contenido del escrito de demanda.

Al Tercero.- Es cierto. Sobre el particular me remito al contenido del contrato de seguro analizado.

Al Cuarto.- Es cierto. Sobre el particular me remito al contenido del contrato de seguro analizado.

Al Quinto.- Es cierto. Sobre el particular me remito al contenido del contrato de seguro analizado.

Al Sexto.- Es cierto. Sobre el particular me remito al contenido del contrato de seguro analizado.

Al Séptimo.- Es cierto. Sobre el particular me remito al contenido del contrato de seguro analizado.

Al Octavo.- Es cierto que la entidad llamante en garantía efectuó el aviso de siniestro al que se hace mención en este hecho. Al respecto, me remito al contenido del correo electrónico al que se hace alusión en este hecho.

Al Noveno.- Es cierto. Lo anterior, toda vez que, una vez la Compañía de seguros recibe un aviso de un posible siniestro por parte del asegurado, se asigna un numero interno por parte de ALLIANZ SEGUROS S.A. No obstante, es preciso advertir que la asignación de este numero no implica que mi representada hubiese asumido compromiso alguno de pago en favor de la entidad llamante en garantía.

Al Décimo.- El presente numeral hace referencia a varias circunstancias sobre las cuales paso a pronunciarme, en su orden, de la siguiente manera:

- **No me consta** directamente la fecha en que sucedieron los hechos que dan origen al proceso, así como **tampoco me consta** la fecha en que se efectuó la primera reclamación que presentaron los demandantes a la entidad llamante en garantía. Lo anterior, como quiera que ALLIANZ SEGUROS S.A es ajena a las mismas. Sobre el particular me atengo a lo que dentro del proceso sea demostrado.
- **No es un hecho** sino una apreciación subjetiva de la entidad llamante en garantía que deberá ser probada dentro del proceso, la que se realiza en el presente hecho cuando se menciona que se *“colige que existe plena cobertura del contrato de seguro”*.

Al Undécimo.- **No es un hecho** sino una apreciación subjetiva sobre la que no me asiste deber jurídico de pronunciarme. De hecho, es del caso mencionar que la validez de la misma deberá ser acreditada dentro del proceso por la entidad llamante en garantía.

III. EXCEPCIONES DE MERITO Y MEDIOS DE DEFENSA FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

3.1. La cobertura otorgada por la póliza No. 022100405/0 se circunscribe a los términos de su clausulado

El contrato de seguro es un contrato por virtud del cual, el Asegurador asume el riesgo que le trasfiere el Tomador, en virtud del pago de la respectiva prima por parte de este último, conforme las condiciones del contrato.

Es así como, las condiciones del contrato de seguro delimitan claramente el riesgo y margen de la responsabilidad que asume el Asegurador con ocasión del contrato.

Así lo establece el artículo 1047 del C. de Co. al señalar:

- “La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:
(...)
5. La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a la cual se contrata el seguro.
(...)
7. La suma asegurada o el monto de precisarla.
(...)
9. Los riesgos que el asegurador toma a su cargo.
(...)
11. Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.”

Así las cosas, en el evento improbable que en el Despacho establezca responsabilidad a cargo de la demandada asegurada y decida con fundamento en ello proferir condena contra mi representada con base en la cobertura otorgada por la misma a través de la póliza No. 022100405/0, habrá de tenerse en cuenta el monto y la extensión de la responsabilidad asumida por la Aseguradora con fundamento en las condiciones generales y particulares estipuladas en los referidos contratos de seguro, esto es, concretamente, cuáles de los perjuicios por los cuales se profiera condena en contra de la entidad llamante en garantía y a favor de la parte demandante se encontraban amparados por las mentadas Pólizas, tal como obra en las condiciones generales y particulares de las mismas, pues por aquellos perjuicios sobre los cuales no se haya otorgado la respectiva cobertura de las Pólizas, no podrá proferirse condena en contra de la aseguradora para la indemnización de los mismos.

3.2. La responsabilidad de la aseguradora se encuentra limitada al valor de la suma aseguradas pactadas en la póliza No. 022100405/0.

En el evento que el Despacho decida proferir condena en contra de mi representada con fundamento en la condena proferida en contra de la demandada para el pago de los perjuicios

reclamados por la parte actora, habrá de tenerse presente que la responsabilidad de la Aseguradora se encuentra **limitada** al valor de la suma asegurada establecida en la póliza.

En efecto, establece el artículo 1079 del C. de Co:

“El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1074.”

Así las cosas, es un hecho que la responsabilidad del Asegurador se encuentra siempre limitada a la suma asegurada que se pacte en el contrato, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1079 del C. de Co., lo cual hace referencia al reconocimiento por parte del Asegurador de los gastos incurridos por el Asegurado para evitar la extensión y propagación del siniestro, salvedad que sobra aclarar, no resulta aplicable al presente caso.

Ahora bien, frente al caso que nos ocupa, las pólizas expedidas a favor de la demandada, determinó claramente en su carátula, condiciones generales y particulares unos límites por vigencia y por evento a los cuales se debe sujetar una eventual condena en contra de mi poderdante.

Así las cosas, en el presente caso, además de encontrarse limitada la responsabilidad de la Compañía por la suma determinada en la carátula de la póliza, de la misma manera se debe tener en cuenta los pagos efectuados durante la vigencia los cuales en ningún caso pueden sobrepasar la suma asegurada.

Por lo anterior, solicito al Despacho tener en consideración la presente excepción en el caso de una eventual condena en contra de la Compañía Aseguradora para efectos de no exceder las obligaciones contraídas en el contrato de seguro.

3.3. Aplicación de la limitación de responsabilidad por razón del deducible a cargo del asegurado

Resta por destacar, cómo en el evento improbable de que se profiera condena en contra de la compañía ALLIANZ SEGUROS S.A., con fundamento en el contrato de seguro No 022100405/0 y los hechos acaecidos objeto del presente proceso, deberá tenerse en cuenta que la responsabilidad de la Aseguradora en el presente caso, se encuentra igualmente limitada en función del deducible estipulado en el contrato de seguro.

En efecto, como es bien sabido, el deducible consiste en aquella porción de la pérdida que le corresponde asumir directamente al Asegurado, y que por tanto, debe descontarse del valor a cancelar a título de indemnización derivada del contrato de seguro.

En efecto, así lo ha reconocido reiterativamente la doctrina y la jurisprudencia, y así mismo se destacó expresamente en la póliza No. 022100405/0 expedidas en el presente caso, al señalar:

“DEDUCIBLE:

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

Conciliaciones:

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

Demás Eventos:

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

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

Así las cosas, considerando las citadas condiciones particulares y generales de la póliza, es evidente que en caso que se llegue a establecer que en el presente evento sí surgió la respectiva obligación indemnizatoria reclamada a cargo ALLIANZ SEGUROS S.A. con fundamento en el contrato de seguro expedido por la misma, de la suma en principio a su cargo, deberá descontarse la suma que fue pactada a título de deducible, a fin que tal valor sea asumido directamente por la Entidad Asegurada, en cumplimiento de las disposiciones estipuladas en la Póliza.

3.4. Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

En los términos de los artículos 1.081 y 1.131 del Código de Comercio, resulta dable entrar a verificar si cualquier derecho indemnizatorio generado a partir de la Póliza, se ha extinguido por prescripción, razón por la cual, aun cuando se rechazara el reconocimiento de las excepciones formuladas contra la demanda, eventualmente no habría lugar a que se llegue a proferir condena en contra de mi representada, en virtud de la cobertura otorgada por el contrato de seguro que ha motivado su vinculación al presente proceso.

En efecto, en relación con el término de prescripción de las acciones que surgen del contrato de seguro, el artículo 1.081 del C. de Co. establece:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no podrán ser modificados por las partes” (resaltado no original).

Así mismo, en relación con el caso que nos ocupa, debe tenerse presente que el comienzo del término de prescripción frente al seguro de responsabilidad civil, opera conforme lo establecido por el artículo 1.131 del C. de Co. en los siguientes términos:

“En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.”

Por tal motivo, ante la ausencia de conocimiento que mi representada tiene sobre la viabilidad de que se haya configurado, con anterioridad al trámite de la conciliación prejudicial, la reclamación extrajudicial a la que hacen alusión las normas, con base en los medios de convicción que se practicarán en el periodo probatorio; se establecerá la procedibilidad de la presente excepción de mérito.

CAPÍTULO CUARTO: OBJECCIÓN A LA ESTIMACIÓN DE LOS PERJUICIOS

De conformidad con lo preceptuado por el artículo 206 Código General del proceso, me permito objetar la cuantificación que de los perjuicios hizo la parte demandante, de la siguiente manera:

En torno a este tópico, resulta necesario empezar por señalar lo mencionado por el reconocido Profesor Hernán Fabio López, en términos que si bien son aplicables a la Ley 1395 de 2010, también son perfectamente aplicables al CGP:

“La norma sin duda busca disciplinar a los abogados, quienes con frecuencia en sus demandas no vacilan en solicitar de manera precipitada (...), especialmente cuando de indemnización de perjuicios se trata, sumas exageradas, sin base real alguna, que aspiran a demostrar dentro del proceso, pero sin que previamente, como es su deber, traten sobre bases probatorias previas serias frente al concreto caso, de ubicarlas en su real dimensión económica, de ahí que en veces, no pocas, de manera aventurada lanzan cifras estrambóticas a sabiendas que están permitidos los fallos mínima petita; en otras ocasiones se limitan a dar una suma básica o “lo que se pruebe”, fórmula con la cual eluden los efectos de aplicación de la regla de la congruencia.

A esa práctica le viene a poner fin esta disposición, porque ahora es deber perentorio en las pretensiones de la demanda por algunos de los rubros citados, **señalar razonablemente el monto al cual considera asciende el perjuicio reclamado, lo que conlleva la necesidad de estudiar responsablemente y de manera previa a la elaboración de la demanda, las bases económicas del daño sufrido**, de manera

tal que si la estimación resulta abiertamente exagerada, que para la norma lo viene a constituir un exceso de más del 30%, se impone la multa equivalente al diez por ciento de la diferencia (...)”¹⁰ (resaltado fuera de texto).

Sin embargo, revisando el texto de la demanda, se observa que las sumas estimadas por el demandante a título de lucro cesante carecen de fundamento fáctico alguno que las respalde. En tal sentido, la estimación que allí se hace no puede ser tenida en cuenta como prueba dentro del proceso de las pretensiones indemnizatorias de la parte actora.

En efecto, los perjuicios que la parte demandante reclama como perjuicios patrimoniales no están llamados a ser reconocidos, como quiera que los mismos no reúnen los requisitos establecidos por el legislador para ser considerados como perjuicios resarcibles. Sobre el particular, debe mencionarse que, más allá de las solas afirmaciones que la parte demandante realiza en el escrito de demanda, no se evidencia que esta hubiese padecido, de manera cierta, personal y directa, de la merma patrimonial cuya reparación se encuentra solicitando a título lucro cesante. Debido a lo expuesto, subyace claramente que la petición indemnizatoria que por concepto de lucro cesante realiza la parte demandante, carece de fundamento jurídico alguno.

Por otra parte, si se analiza la petición indemnizatoria que por concepto de pérdida de la oportunidad se solicita, se debe destacar que, debido a que el embarazo en el presente evento era riesgoso, deviene evidente que la probabilidad de vida del menor era muy baja. En tal sentido, y como quiera que, de acuerdo con el expediente médico que reposa dentro del expediente, es evidente que al no haber existido una expectativa de viabilidad del embarazo alta, no se configuran los elementos necesarios para el reconocimiento de este perjuicio.

Sobre los presupuestos axiológicos que deben estar presentes para que se estructure el perjuicio analizado, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil se ha pronunciado de la siguiente manera:

¹⁰ LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. La Ley 1395 de 2010 y sus reformas al Código de Procedimiento Civil. Análisis Comparativo. Dupre Editores: Bogotá, 2010. p. 47.

“Sus presupuestos axiológicos, para que pueda considerarse como daño indemnizable según la elaboración jurisprudencial de esta Corporación refieren a: **(i)** Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, y aunque la misma envuelva un componente aleatorio, la “chance” diluida debe ser seria, verídica, real y actual; **(ii)** Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en inconveniente; y **(iii)** La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de las cosas, su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos. Dicho de otro modo, el afectado tendría que hallarse, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en un escenario tanto fáctico como jurídicamente idóneo para alcanzar el provecho por el cual propugnaba.”¹¹

Finalmente, me permito poner de presente que los perjuicios del orden inmaterial o extrapatrimonial reclamados por los demandantes, por versar sobre rubros inasibles, esto es, incuantificables con precisión desde el punto de vista monetario, se encuentra excluidos, conforme lo señala el artículo 206 del Código General del proceso, del juramento estimatorio.

De acuerdo con lo expuesto, no queda duda alguna que la estimación que realizan los demandantes de los perjuicios que reclaman no tienen eficacia probatoria dentro del proceso, y por lo mismo, en el supuesto en que se nieguen las pretensiones de la demanda por falta de prueba de los perjuicios, deberá darse aplicación a la sanción prevista en el parágrafo del artículo 206 de la ley 1564 de 2012.

CAPÍTULO QUINTO: PRUEBAS

DOCUMENTALES

¹¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 5 de agosto de 2014. M.P. Margarita Cabello Blanco. Expediente. Expediente No 11001 31 03 003 1998 07770 01.

1. Poder que me legitima para actuar que obra en la página 15 del Certificado de Existencia y Representación Legal de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, que reposa dentro del expediente.
2. Copia de la carátula, las condiciones particulares y las condiciones generales de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022100405.

INTERROGATORIO DE PARTE

3. Pido muy respetuosamente que se fije fecha y hora para la comparecencia de los demandantes, con el objeto de que absuelvan el interrogatorio que, en forma oral o escrita, me permitiré formularles en relación con los hechos materia del proceso.

EXHIBICIÓN DOCUMENTAL

4. Pido muy respetuosamente que se fije fecha y hora para que los demandantes, directamente o por medio de su apoderado judicial, se sirvan exhibir los siguientes documentos, los cuales se encuentran en su poder:
 - Copia auténtica u original del primer documento mediante el cual cualquiera de los demandantes puso en conocimiento de LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR una petición indemnizatoria o de reconocimiento de daños y perjuicios, por los hechos materia del proceso. El objeto de la exhibición es establecer la fecha a partir de la cual empezó a correr, a la luz de los arts. 1081 y 1131 C. Co, el término de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, a cargo de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR.
5. Pido muy respetuosamente que se fije fecha y hora para que LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, directamente o por medio de su apoderado judicial, se sirvan exhibir los siguientes documentos, los cuales se encuentran en su poder:

- Copia auténtica u original del primer documento mediante el cual cualquiera de los demandantes hubiese puesto en conocimiento de LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR o de la CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD en calidad de IPS adscrita Y/O vinculada a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, una petición indemnizatoria o de reconocimiento de daños y perjuicios, por los hechos materia del proceso. El objeto de la exhibición es establecer la fecha a partir de la cual empezó a correr, a la luz de los arts. 1081 y 1131 C. Co, el término de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, a cargo de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR.

CITACIÓN A PERITO

6. En el supuesto en que el Despacho decidiera incorporar el dictamen pericial aportado por la parte demandante al proceso, esto es, el rendido por el señor Pompilio Nieto Arango, aun cuando el mismo no cumple con los requisitos establecidos por el artículo 226 del Código General del Proceso, solicito amablemente se cite al perito que rindió el mismo a efectos de adelantar el trámite de contradicción de que trata el artículo 228 del Código General del Proceso.

CAPÍTULO SEXTO: DISPOSICIONES GENERALES

I. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento las contestaciones que aquí se presentan en los artículos 1602 y siguientes del Código Civil, en los artículos 1079, 1081, 1127 y siguientes del Código de Comercio, modificados por la ley 45 de 1990, y en las demás normas concordantes y complementarias.

II. ANEXOS

1. Documentos mencionados en el acápite de pruebas.

III. NOTIFICACIONES

1. La parte demandante recibe notificaciones en la dirección suministrada en el escrito de demanda.
2. La parte demandada y su apoderado recibirán notificaciones en las direcciones suministradas en el escrito de contestación de la demandada.
3. Mi representada, **ALLIANZ SEGUROS S.A**, recibirá notificaciones en la Carrera 13A No. 29- 24, de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico notificacionesjudiciales@allianz.co
4. Por mi parte, recibo notificaciones en la secretaría del Despacho o en la Cra. 7 no. 74b-56 piso 14, de la ciudad de Bogotá D.C. y en los correos electrónicos dariza@velezgutierrez.com, lmcubillos@velezgutierrez.com y notificaciones@velezgutierrez.com

Del Señor Juez, respetuosamente,



RICARDO VÉLEZ OCHOA
C.C. No. 79.470.042 de Bogotá D.C.
T.P. No. 67.706 del C.S. de la J.

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022100405 / 0

Allianz

93

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

01 de Junio de 2017

Tomador de la Póliza

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR .

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

Atentamente

WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE
SEGUROS S

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

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

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

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

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

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

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

Identificación del riesgo objeto del seguro

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

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Otras Clínicas

Ambito territorial	98 Colombia
Límite asegurado evento	1.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	827,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	593,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 30/11/2006 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

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

- (a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
- (b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

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

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

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

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

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

TOMADOR/ASEGURADO:

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

DIRECCIÓN DEL REISGO:

AV. 68 No. 49 A - 47

DEDUCIBLE:

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

Conciliaciones:

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

Demás Eventos:

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

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

CLAUSULAS Y COBERTURAS ADICIONALES:

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

20. RESPONSABILIDAD CIVIL BIENES BAJO CUIDADO TENENCIA Y CONTROL

Amparo

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

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

Exclusiones

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

ACLARACIONES PARTICULARES:

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

INTERÉS ASEGURADO:

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados, así como en los predios de las IPS con los cuales COMPENSAR tiene convenio para prestar servicios médicos a pacientes única y exclusivamente de COMPENSAR.

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

ROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO

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

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

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

*Si en cualquier tiempo se emplean engañosos o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

* Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.

* Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

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

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO:

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

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

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

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

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

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

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

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

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

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Asesor WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S

Teléfono/s: 6067575 0

También a través de su e-mail:

diana.bustamante@willistowerswatson.com

Sucursal: BROKERS LINEAS PERSONALES

Urgencias y Asistencia

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.

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



**Representante Legal
Allianz Seguros S.A.**

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

CAJA DE COMPENSACION
FAMILIAR COMPENSAR .

WILLIS COLOMBIA
CORREDORES DE
SEGUROS S

Aceptamos el contrato en
todos sus términos y
condiciones,
Allianz Seguros S.A.

Capítulo II

Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

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

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya 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 profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Gastos de Defensa

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

Cauciones Judiciales

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

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

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

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

- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).
- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o 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.

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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

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

obligación de:

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

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

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

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Límite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

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

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

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

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

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

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

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

Capítulo III

Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

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

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

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

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

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

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

DEDUCIBLE.

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

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.

Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

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

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

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

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

DEFINICIONES.

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

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

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

6. LIMITE ASEGURADO.

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

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

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

7. PRIMA

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

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

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

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

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

- 8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
- 8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.
- 8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

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

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

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

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

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

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

10. GARANTÍAS

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

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

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

DERECHOS DE INSPECCIONES

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

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

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

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

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

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

12. CESIÓN.

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

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

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

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

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros

14. AMBITO TERRITORIAL

Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza “Ambito Territorial”

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
- b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA, la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

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

Amparo automático para nuevos predios

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

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

CONOCIMIENTO DEL RIESGO

Por medio del presente anexo, la Compañía manifiesta que ha inspeccionado los bienes amparados y por consiguiente deja constancia del conocimiento de los hechos y circunstancias sobre los cuales ha versado la inspección, sin perjuicio de la obligación que tiene el asegurado de declarar el estado del riesgo y de avisar cualquier modificación o alteración del mismo, atendiendo a los criterios establecidos en los artículos 1058 y 1060 del Código del Comercio. La Compañía se reserva el derecho de repetir dicha inspección cuantas veces lo juzgue pertinente.

Anticipo De Indemniz Previa Demost De Cuantía Y Ocurrencia Del Siniestro

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

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de noventa (90) días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

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

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



WILLIS COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS S

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

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24

Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

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

Nit. 860026182 - 5

CONTESTACIÓN Allianz Seguros S.A. - Proceso Verbal No. 11001310303020180064400 de ANGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ Contra CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD Y OTROS Llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.

Notificaciones <notificaciones@velezgutierrez.com>

Mar 8/06/2021 1:42 PM

Para: Juzgado 30 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto30bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: abogado3@diazgranados.co <abogado3@diazgranados.co>; Anguie Acosta <Aacosta@velezgutierrez.com>; Erika.diaz@arangodiaz.com

<Erika.diaz@arangodiaz.com>; asjubo03@gmail.com <asjubo03@gmail.com>; MARIA CATALINA PACHON VALDERRAMA <MCPACHONV@compensarsalud.com>

 2 archivos adjuntos (555 KB)

Contestación Llamamiento de Compensar.pdf; Póliza 022100405.pdf;

Señores

JUZGADO TREINTA (30) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

Referencia: Proceso Verbal No. 11001310303020180064400 de ANGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ Contra CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD Y OTROS Llamada en garantía ALLIANZ SEGUROS S.A.

Quien suscribe, **RICARDO VÉLEZ OCHOA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía número 79.470.042 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 67.706 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado judicial de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, de acuerdo con el poder que aporto (Página 15 del Certificado de Existencia y Representación Legal de Allianz Seguros S.A.), dentro del término legal, por medio del presente escrito, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por los señores (as) ÁNGELA PATRICIA FONSECA ORTIZ, CARLOS ALBERTO CASTRO FLÓREZ, PATRICIA ORTIZ DE FONSECA, MARCO AURELIO FONSECA FARIAS, MARIA CAMILIA FONSECA ORTIZ, FABIO ANDRES FONSECA ORTIZ, TOMÁS SANTIAGO FONSECA SOLER Y DAVID ALEJANDRO FONSECA SOLER contra la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA JUAN CIUDAD – HOSPITAL MÉDERI, COMPENSAR Y HUMBERTO JOSÉ RODRÍGUEZ MORALES, y a CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA que presentó LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR - COMPENSAR E.P.S Contra **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

En cumplimiento de lo ordenado por el artículo 3 del Decreto 806 de junio de 2020 y el numeral 14 del artículo 78 del Código General del proceso, envío el presente mensaje de datos a todas las partes procesales del litigio en curso que indicaron su correo electrónico dentro del proceso.

Del Señor Juez, respetuosamente,

RICARDO VELEZ OCHOA

notificaciones@velezgutierrez.com Velezgutierrez.com



Pbx.(571) 317 1513

VG
VÉLEZ GUTIÉRREZ
A B O G A D O S

CRA. 7 # 74b - 56 Piso 14 Bogotá - Colombia