

**CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTÍA + FORMULACIÓN
LLAMAMIENTO - PROCESO DE LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO Y OTROS VS CLINICA DE
OCCIDENTE S.A Y OTRO. - RADICADO2021-0032**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Lun 28/02/2022 3:34 PM

Para: Juzgado 11 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j11cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: jcvelascor61@hotmail.com <jcvelascor61@hotmail.com>; johnjairocifuentessarria <johnjairocifuentessarria@yahoo.es>;

Pablo Alberto Vernaza Pelaez <pabloalbertovernaza@gmail.com>; martinezasociados700

<martinezasociados700@hotmail.com>

 3 archivos adjuntos (2 MB)

ANEXOS.pdf; LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO - Llamamiento al médico.pdf; Vo. Bo. JHG - contestacion -LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO VS CLINICA DE OCCIDENTE - SURAMERICANA.pdf;

Señores:

JUZGADO ONCE (11) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (V)

j11cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:	PROCESO VERBAL
DEMANDANTE:	LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO Y OTROS
DEMANDADOS:	CLINICA DE OCCIDENTE S.A Y OTRO.
LLAMADO EN GARANTÍA:	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
RADICACIÓN:	760013103011-2021-00032-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, actuando calidad de apoderado especial de **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, a través de este correo radico contestación de la demanda y del llamamiento en garantía formulado por la Clínica de Occidente S.A. a dicha aseguradora.

Igualmente, procedo a formular **LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** en contra del doctor **JUAN CARLOS VELASCO ROBLES**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.538.350, médico especialista en urología, adscrito a la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., con correo electrónico jcvelascor61@hotmail.com.

Por favor confirmar la recepción de los documentos adjuntos.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Señores:

JUZGADO ONCE (11) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI (V)

j11cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA:	PROCESO VERBAL
DEMANDANTE:	LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO Y OTROS
DEMANDADOS:	CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A Y OTRO.
LLAMADO EN GARANTÍA:	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
RADICACIÓN:	760013103011-2021-00032-00

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando calidad de apoderado especial de **SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**, sociedad comercial legalmente constituida, identificada con el NIT. 8909034079, tal como consta en el poder a mi conferido, el cual se anexa a este escrito; procedo a contestar la Demanda de Responsabilidad Civil incoada por el señor LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO Y OTROS en contra de la CLINICA SAN FERNANDO S.A. y la CLINICA DE OCCIDENTE S.A., oponiéndome desde ya a la misma, y acto seguido, a contestar el llamamiento en garantía formulado esta última institución a la aseguradora que represento, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

I. CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

En este punto es preciso rememorar el Artículo 278 del Código General del Proceso, que a su tenor literal reza:

“(...) En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

- 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa.*

Ahora bien, en el caso particular estamos frente a una evidente PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO, conforme a lo establecido en los Artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, que a su tenor literal reza:

“(...) Artículo 1081.- 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. (...)”

“ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.”

Ajustando la norma transcrita, encontramos que en el caso de marras, se encuentra plenamente acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro por la senda ordinaria, esto es, de dos (2) años que para el asegurado, que al tenor de lo dispuesto en el artículo 1131 antes citado, se cuenta desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial, en este caso, el 04 de mayo de 2016 cuando se llevó a cabo la Audiencia de conciliación prejudicial, concluyendo que la prescripción se configuró el 04 de mayo de 2018 y el presente llamamiento en garantía fue formulado el 16 de diciembre de 2021.

Así entonces, observamos que la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. tuvo conocimiento desde que se le notificó la solicitud de conciliación y se emitió la respectiva constancia de no acuerdo, esto es, 04 de mayo de 2016, y desde ese momento comenzó a correr el término de 2 años para ejercer las acciones derivadas del contrato de seguro. No obstante, el llamante solo formuló la presente convocatoria hasta el 16 diciembre de 2021, momento para el cual habían transcurrido 5 años y 7 meses, es decir, ya había fenecido el plazo que establece la norma transcrita en líneas anteriores.

Es claro entonces que el término de prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro venció el día 04 de mayo de 2018, y el llamamiento a mi procurada se presentó con posterioridad a tal fecha, configurándose entonces el fenómeno jurídico antes descrito.

Por lo anterior, solicito respetuosamente al Señor Juez, que con fundamento en los argumentos que se consignan en el presente escrito, profiera Sentencia Anticipada, absolviendo a la parte demandada, por la evidente configuración del fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Acto seguido procedo a pronunciarme frente a los hechos de la Demanda:

II. CAPITULO I **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Al hecho 1: A mi procurada no le consta si el señor LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO acudió el día 31 de julio de 2013 a urgencias de la CLINICA SAN FERNANDO S.A., por presentar fiebre y ardor al orinar, ni tampoco me consta los exámenes que se le hubiesen practicado en dicha institución médica, toda vez que se trata de un hecho completamente ajeno a mi procurada, por lo cual, necesariamente deberá ser acreditado fehacientemente por la parte actora.

Sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo con lo documentado en la historia clínica que obra en el proceso, al ingreso del actor a Urgencias de la Clínica San Fernando S.A. se documentó que el paciente presentaba fiebre no cuantificada, asociada a dolor osteomuscular general, disuria y tenesmo vesical.

Al examen físico se encontró dolor en hipogastrio y se practicaron exámenes que arrojaron resultados sugestivos de infección urinaria.

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	
2013-07-31	15:17 mariopantoja - MARIO FERNANDO PANTOJA ALVAREZ MOTIVO DE CONSULTA : TENGO FIEBRE Y ARDOR A EL ORINAR ENFERMEDAD ACTUAL : CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN FIEBRE ALTA NO CUANTIFICADA ASOCIADO A DOLOR OSTEOMUSCULAR GENERAL D ISURIA POLAQUIRIA TENESMO VESICAL	
ORIGEN DE LA ATENCION		
Enfermedad general		
Examen Fisico		
USUARIO		FECHA
MARIO FERNANDO PANTOJA ALVAREZ		2013-07-31
TIPO SISTEMA	VALORACION	HALLAZGO
Neurologico	NORMAL	
Nervioso Central y Periferico	NORMAL	
Organos de los Sentidos	NORMAL	
CardioVascular	NORMAL	
Respiratorio	NORMAL	
GastroIntestinal	NORMAL	
GenitoUrinario	NORMAL	
OsteoMuscular	NORMAL	
Esfera Mental	NORMAL	
Ginecologico	NORMAL	
Abdomen	ANORMAL	BLANDO PERISTALSI POSITIVO DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE HIPOGASTRIO
Extremidades	NORMAL	
Piel y Faneros	NORMAL	
Cabeza y Cuello	NORMAL	
Cardiopulmonar	NORMAL	
Mamas	NORMAL	
Piel	ANORMAL	FEBRIL A EL TACTO
Sistema Endocrino	NORMAL	
General	NORMAL	
EVOLUCIONES		
FECHA	EVOLUCIONES	
2013-07-31	18:16 mariopantoja - MARIO FERNANDO PANTOJA ALVAREZ ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL HEMOGRAMA : LEUCOCITOS 15.64 NEUTROFILOS 81 % LINFOCITOS 11.7 % HEMOGLOBINA 15 HEMATOCRITO 43 % PLAQUETAS 257 URONALISIS COLOR AMARILLO ASPECTO LIGERAMENTE TURBIO ANALISIS FISICO QUIMICO DENSIDAD 1.015 PH 7 PROTEINAS NEGATIVO SANGRE TRAZAS LEUCOCITOS 5 25	

Al hecho 2: Este hecho contiene varias afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

(i) No me consta el resultado de los exámenes de laboratorio y la valoración médica que se haya realizado en el servicio de Urgencias referida de la Clínica San Fernando S.A., tampoco el suministro de medicamentos y tratamientos dispensados. Por tanto, solicito su demostración fehaciente, en virtud del principio de la carga de la prueba que le asiste a la parte actora, conforme al Artículo 167 del C.G.P.

No obstante lo anterior, los resultados visibles en la historia clínica, así como los signos y síntomas del paciente, reflejaban una posible infección urinaria¹, tal y como lo plasmó el personal galénico de la Clínica San Fernando S.A.

(ii) Respecto a las afirmaciones relacionadas con los posibles diagnósticos por signos y síntomas similares a los presentados por el entonces paciente, no resultan siendo más que apreciaciones eminentemente subjetivas del apoderado de la parte actora.

¹ [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cystitis/expert-answers/bladder-infection/faq-20058552#:~:text=Los%20signos%20y%20s%C3%ADntomas%20de,inmediatamente%20despu%C3%A9s%20de%20orinar%20\(disuria\)](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cystitis/expert-answers/bladder-infection/faq-20058552#:~:text=Los%20signos%20y%20s%C3%ADntomas%20de,inmediatamente%20despu%C3%A9s%20de%20orinar%20(disuria))

Sin perjuicio de ello, es preciso reseñar que en la anotación médica del 31 de julio de 2013 se realizó una impresión diagnóstica, de infección de las vías urinarias, ya que *“El dolor al comenzar a orinar suele ser un síntoma de una infección del tracto urinario.”* Ordenándose un tratamiento adecuado para la sintomatología presentada.²

- (iii) Finalmente, pese a que es una apreciación subjetiva del apoderado de la parte actora, relacionado con la supuesta ausencia de urocultivo al entonces paciente, debe manifestarse que no es cierto, pues la historia clínica refleja que el galeno Carlos Andrés realiza nota de *“PACIENTE TIENE PENDIENTE RECLAMAR UROCULTIVO + ANTIBIOGRAMA EN LABS DE LA NUEVA EPS”*.

Al hecho 3: No me consta si el señor LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO el día 02 de agosto de 2013 acudió nuevamente a urgencias de la CLINICA SAN FERNANDO S.A., la sintomatología presentada, ni tampoco me consta los exámenes que se le hubiesen practicado en dicha institución médica, pues resulta del todo ajeno a mi representada, quien fue vinculada al presente proceso como compañía aseguradora llamada en garantía. Por tanto, solicito su demostración fehaciente, en virtud del principio de la carga de la prueba que le asiste a la parte actora, conforme al Artículo 167 del C.G.P.

Al hecho 4: No me consta de forma directa esta afirmación debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio médico brindado en la CLINICA SAN FERNANDO S.A.

Sin perjuicio de ello, es preciso reseñar que de acuerdo con las respectivas guías de manejo³, son signos y síntomas que presentaba el señor Mancipe Pinto, eran inespecíficos, debiéndose realizar diferentes estudios, dentro de los cuales se encuentra “Pruebas de función renal: BUN y creatinina.” a fin de establecer la enfermedad padecía, considerándose entonces una adecuada práctica médica.

Al hecho 5: Frente a que el galeno que atendió al actor no documentó cierta información en la historia clínica, se indica que esto corresponde a una consideración subjetiva de la parte actora que, en todo caso, no se encuentra soportada en medio de prueba alguno y su único fundamento es el propio dicho de la parte.

En todo caso, las aseveraciones que realiza la parte actora deberán valorarse con estricta sujeción a lo consignado en la historia clínica.

Al hecho 6: No me consta de forma directa esta afirmación debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio médico brindado en la CLINICA SAN FERNANDO S.A.

Sin perjuicio de lo anterior, es pertinente señalar que los signos y síntomas presentados por el señor Mancipe pueden ser indicativos de muchas condiciones, por lo cual, la conducta adecuada era indagar con las diferentes ayudas diagnósticas para auscultar y determinar el diagnóstico definitivo, en este caso, a través de valoración por urología.

² Las infecciones del tracto urinario se tratan más a menudo con una receta de antibióticos. Fuente: <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s15176.asp#:~:text=El%20dolor%20al%20comenzar%20a,antes%20y%20despu%C3%A9s%20de%20orinar.>

³ <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20Urgencias%20-Tomo%20I.pdf>

Al hecho 7: No corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva de la parte actora que, en todo caso, no se encuentra soportada en medio de prueba alguno y su único fundamento es el propio dicho de la parte. Sin embargo, de acuerdo con lo que refiere la historia clínica, la conducta adoptada por el personal que atendió al demandante en el área de urgencias de la Clínica San Fernando S.A. fue adecuada y se brindó conforme a los signos y síntomas presentados por el paciente.

Al hecho 8: Este hecho contiene dos afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) No me consta directamente lo afirmado en este hecho, por ser ajeno al conocimiento de mí representada, quien en su calidad de aseguradora no tuvo intervención alguna en la atención por consulta EXTERNA brindada al demandante en la Clínica de Occidente S.A. el día 29 de agosto de 2013. Por tanto, deberá probarse.

No obstante lo anterior, conforme la prueba documental obrante en el plenario, en efecto, el señor MANCIPE PINTO fue atendido por el doctor Juan Carlos Velasco, a través de consulta externa, quien plasmó en la respectiva historia clínica, los síntomas presentados por el entonces paciente, contrastado con los exámenes realizados DOS DÍAS ATRÁS, todo “COMPATIBLE CON IVU” (Infección de las vías urinarias).

En este punto es importante indicar que la mayoría de las IVU se pueden curar con tratamiento antibiótico. Los síntomas de una infección de la vejiga en la mayoría de los casos desaparecen al cabo de 24 a 48 horas después de que empieza el tratamiento, incluso, una infección renal, puede pasar 1 semana o más tiempo para que sus síntomas desaparezcan.⁴ De ahí, que era indispensable el suministro de tratamiento que se le brindó al paciente y el control en cita posterior.



CLÍNICA DE OCCIDENTE
Calle 1 de Mayo
NIT. 890.300.513-3

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO	IDENTIFICACIÓN: CC 16778896	HC: 16778896 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/6/1970	EDAD: 43 Años	SEXO: M
ESTADO CIVIL: Soltero(a)	OCUPACIÓN: OFICIOS VARIOS	TIPO AFILIADO: Cotizante
RESIDENCIA: CL 59 NO 12 38	VALLE DEL CAUCA-CALI	TELÉFONO: 4438977 CELULAR: 3138616175
FECHA INGRESO: 29/8/2013 - 18:01:24	FECHA EGRESO: 29/8/2013 - 19:02:03	CAMA:
DEPARTAMENTO: 100901 - CONSULTA EXTERNA	SERVICIO: AMBULATORIO	
CLIENTE: ANGIOGRAFÍA DE OCCIDENTE SA	PLAN: VILLACOLOMBIA SEDE IPS 2013 (CONSULTAS AGRUPADAS)	
GRUPO POBLACIONAL: No definido	PERTENENCIA ÉTNICA: Ninguna de las anteriores	
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELÉFONO:
NOMBRE RESPONSABLE:	IDENTIFICACIÓN:	PARENTESCO:
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2013-08-29	19:01 VEL6823 - VELASCO ROBLES JUAN CARLOS - MEDICO (A) ESPECIALISTA - MOTIVO DE CONSULTA : PRESENTA S IRRITATIVO VESICAL REFIERE ESCALOFRIO FIEBRE Y MALESTAR EN EL CUERPO EDEMA DE ESCROTO PDO QUE TRAE COMPATIBLE CON IVU ENFERMEDAD ACTUAL : DOY A MIKACINA Y CITA DE CONTROL 2 MESES

ANTECEDENTES DE RIESGO BIOLÓGICO	OP.	DETALLE	F. REGIS
			PUNTAJE: 0

En todo caso, debe anticiparse desde ya, que el desafortunado resultado del actor no tiene relación de causalidad alguna con la actuación brindada en consulta externa por parte de la Clínica de Occidente S.A., pues incluso, sin que constituya aceptación de responsabilidad respecto a una mala práctica, teniendo en cuenta la fecha en que presentaron los primeros síntomas del paciente, esto es el 31 de julio de 2013 cuando acudió al servicio de URGENCIAS DE LA CLÍNICA SAN FERNANDO S.A., para la fecha en que se dispuso la atención por parte del especialista en urología, Doctor Juan Carlos Velasco en la Clínica de Occidente S.A., el día 29 de agosto de 2013, ya habían transcurrido 29 días de evolución de la condición de torsión testicular (la cual aclaro, para el momento de la atención citada atención no estaba diagnosticada, ni habían signos o síntomas que así lo indicaran), siendo improbable, para ese momento, recuperar el testículo afectado, pues el diagnóstico y tratamiento debe ser casi que inmediato, como lo ha documentado la literatura médica y guías de manejo en la materia.⁵

- (ii) Respecto al tiempo de consulta, las limitaciones del galeno y la supuesta ausencia de valoración corporal, no corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva de la parte actora que, en todo caso, no se encuentra soportada en medio de prueba alguno y su único fundamento es el propio dicho de la parte.

Al hecho 9: No corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva de la parte actora que, en todo caso, no se encuentra soportada en medio de prueba alguno y su único fundamento es el propio dicho de la parte. Sin embargo, de acuerdo con lo que refiere la historia clínica, la conducta adoptada por doctor JUAN CARLOS VELASCO, adscrito a la Clínica de Occidente S.A., fue adecuada y se brindó conforme a los signos, síntomas presentados y los exámenes previamente practicados al paciente.

Al hecho 10: No corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva de la parte actora que, en todo caso, no se encuentra soportada en medio de prueba alguno y su único fundamento es el propio dicho de la parte.

Sin embargo, debe valorarse en este punto que el apoderado de la parte actora confiesa que el resultado del urocultivo era normal (negativo). Aunado a ello, se contradice dicho profesional, pues en este hecho manifiesta que lo adecuado era guiarse con el uroanálisis, pero en el hecho “2” refiere que el examen apropiado es el urocultivo, de suerte que todo el reproche que realiza hasta este momento, carece de soporte y coherencia alguna.

Al hecho 11: No me consta directamente lo afirmado en este hecho, por ser ajeno al conocimiento de mí representada, quien en su calidad de aseguradora no tuvo intervención alguna en la atención brindada al demandante por parte de la CLÍNICA SAN FERNANDO S.A. el día 31 de agosto de 2013. Por tanto, deberá probarse.

⁵ La torsión testicular ocurre generalmente sin una etiología aparente;4 el grado de isquemia depende del tiempo de evolución y del número de rotaciones del cordón espermático sobre su mismo eje.1 En nuestra casuística, se logró recuperar el testículo en 90% de los casos sometidos a intervención quirúrgica con la intención de corregir el testículo afectado en un periodo menor a seis horas; 60% si fue antes de 12 horas y en ningún caso entre las 12 y 24 horas, comparado con 90%, 50% y 10% informado por Davenport.

Fuente: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-importancia-del-tiempo-el-manejo-X1665579610537402#:~:text=El%20tiempo%20promedio%20que%20pas%C3%B3,dos%20horas%20y%2035%20minutos>.

Al hecho 12: No me consta de forma directa esta afirmación debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio médico brindado por la CLÍNICA SAN FERNANDO S.A. Sin embargo, conforme la historia clínica, se observa que la práctica de ecografía testicular, así como la interconsulta con urología eran totalmente indicadas para los signos y síntomas que en ese momento presentaba el señor Mancipe Pinto.

Al hecho 13: Este hecho contiene dos afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) No me consta directamente la práctica de la ecografía Doppler testicular el día 02 de septiembre de 2013, ni el diagnóstico emitido, por ser ajeno al conocimiento de mí representada, quien en su calidad de aseguradora no tuvo intervención alguna en la atención brindada al demandante.

Sin perjuicio de lo anterior, de conformidad con la historia clínica que obra en el plenario, una vez establecido el diagnóstico del señor Mancipe Pinto, fundamentado en el resultado de la ecografía Doppler, es valorado por el Especialista en Urología, quien determinó la necesidad de practicar cirugía.

- (ii) Frente a la definición de “torsión testicular” no corresponde a un hecho, sino a la transcripción de las características, tratamiento y demás de dicha condición médica, la cual carece de referencia bibliográfica o soporte científico.

Al respecto si es trascendente destacar sobre la torción testicular que *los principales síntomas en casos de torsión testicular son dolor escrotal agudo e hinchazón, náuseas y vómitos.*

*Igualmente, que esta anomalía predisponente está presente en un 12% de los varones. La torsión es más común entre los 12 y los 18 años, con un pico secundario en la infancia. **Es infrecuente después de los 30 años.** Es más común en el testículo izquierdo.*

Y finalmente, que síntomas similares pueden producirse principalmente en una epididimitis. En la epididimitis, el dolor y el edema son por lo general menos agudos y en principio están localizados en el epidídimo. Sin embargo, en ambos cuadros a menudo se desarrollan edema generalizado y dolor al tacto, lo que torna difícil la distinción entre ellos.⁶

De acuerdo con la anterior literatura, tenemos que en este caso, los síntomas que presentó el actor eran inespecíficos, concordantes con otras condiciones como por ejemplo la infección en vías urinarias o una epididimitis, no presentaba inicialmente dolor escrotal (sólo hasta el 26 de agosto de 2013 se referencia dolor escrotal en la historia clínica), no presentaba hinchazón, náuseas, ni vómitos. Aunado a ello, encontramos que era un paciente que superaba los 43 años (condición poco probable para su edad).

⁶ <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-peneanos-y-escrotales/torsi%C3%B3n-testicular>

Al hecho 14: No corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva de la parte actora.

Al hecho 15: No me consta directamente lo afirmado en este hecho, por ser ajeno al conocimiento de mí representada, quien en su calidad de aseguradora no tuvo intervención alguna en la atención brindada al demandante.

Al hecho 16: No me consta de manera directa el trámite de calificación de la pérdida de capacidad laboral del señor Luis Alberto Mancipe, ni tampoco el contenido del dictamen emitido por la Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones. Por lo tanto, el extremo actor deberá probar sus dichos a través de los medios probatorios conducentes pertinentes y útiles para tal fin.

Al hecho 17: No corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva de la parte actora, relacionada con la supuesta existencia de los elementos estructurales de la responsabilidad civil, los cuales destaco desde ya, brillan por su ausencia, debido a que está acreditado que el personal de las entidades demandadas actuó con total diligencia y estricta sujeción a los protocolos existentes para las particularidades del caso.

Al literal A. No me consta si el señor Mancipe Pinto laboraba para la empresa Alternativa de Servicios Empresariales, tampoco me consta el cargo que desempeñaba, ni el salario percibido, pues dicha afirmación es completamente ajena al conocimiento de mí procurada. Consecuentemente la parte demandante deberá acreditarlo dentro del proceso, mediante los medios probatorios pertinentes y útiles.

Al literal B. No me consta si las supuestas incapacidades médicas otorgadas al señor Luis Alberto Mancipe, por escapar al conocimiento de mí representada. Por tanto, deberá probarse.

Al literal C. No me consta si el demandante se encuentra vinculado en calidad de cotizante a la EPS NUEVA EPS S.A., por cuanto dicha afirmación es completamente ajena al conocimiento de Seguros Generales Suramericana S.A. Por lo tanto, el extremo actor deberá probar sus dichos a través de los medios probatorios conducentes pertinentes y útiles para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, de la consulta realizada a través de la Base de Datos Única de Afiliados BDUA del Sistema General de Seguridad Social <https://www.adres.gov.co/consulte-su-eps> es cierta dicha afirmación.

Al literal D. No me consta de manera directa el trámite de calificación de la pérdida de capacidad laboral del señor Luis Alberto Mancipe, ni tampoco el contenido del dictamen emitido por la Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones. Por lo tanto, el extremo actor deberá probar sus dichos a través de los medios probatorios conducentes pertinentes y útiles para tal fin.

Al hecho 18: Este hecho contiene diferentes afirmaciones subjetivas, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- A. Respecto a una supuesta afectación emocional, secuelas físicas, afectaciones emocionales y daños psicológicos que afectan su vida diaria, debo manifestar que no corresponde a un hecho; se trata de una apreciación subjetiva, con la cual pretende fundar sus peticiones la parte actora y en todo caso, mi representada desconoce abiertamente dichas circunstancias, por ser parte de la esfera personal del actor.

Igualmente, no me consta la supuesta afectación psicológica del actor por presuntos problemas de función sexual irregular, toda vez que ello corresponde a información ajena a mi representada. En todo caso, debe indicarse que no obra en el expediente historia clínica que acredite las condiciones referidas por la parte actora.

- B. A mi procurada no le consta la supuesta afectación en la salud del actor y su rendimiento laboral, ni tampoco que la condición médica padecida tenga relación alguna con el porcentaje de pérdida de capacidad laboral dictaminado. Que se pruebe
- C. A mi procurada no le consta la supuesta imposibilidad del actor para trabajar normalmente, práctica de terapias y su situación económica, ya que ello resulta ajeno al conocimiento de la aseguradora que represento. Que se pruebe
- D. No me consta que los familiares cercanos del señor Luis Alberto Mancipe haya resultado perjudicados por el tratamiento dispensado por la Clínica San Fernando S.A. Que se pruebe.

Sin perjuicio de todo lo expuesto, debo destacar desde ya que en este caso: (i) no se materializó un error diagnóstico, ni tampoco una atención negligente o inoportuna, (ii) la CLINICA DE OCCIDENTE S.A., únicamente brindó una atención por consulta EXTERNA, oportuna y conforme a los síntomas que refería el paciente y (iii) en todo caso, la atención reprochada fue dispensada por la CLÍNICA SAN FERNANDO S.A., con la cual, mi representada no tiene vínculo contractual.

Al hecho 19: No es un hecho, sino el ejercicio del deber de postulación conferido a la mandataria judicial de la accionante.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, pues carecen de fundamentos de hecho y de derecho. En efecto, ninguna de las pretensiones podrá prosperar en contra de la demandada, toda vez que, de acuerdo con la información que reposa en el expediente, el personal de la Clínica San Fernando S.A. y de la Clínica de Occidente S.A., actuaron diligentemente, empleando toda su pericia, destreza, experiencia y juicio clínico, razón por la cual es imposible bajo cualquier circunstancia pretender endilgarle responsabilidad alguna, contrario a lo que, erróneamente, pretenden hacer ver los demandantes, por ello no es posible que la condición médica que presentó el señor LUIS ALBERTO MANCIPE pueda atribuírsele a la pasiva de este proceso y mucho menos por una actuación negligente por parte de su personal galénico.

De otra parte debe resaltarse que con miras a la obtención de una indemnización, previa demostración de la existencia de la responsabilidad endilgada, no basta alegar el supuesto detrimento, por cuanto el mismo no es susceptible de presunción, sino que es menester acreditar debidamente su producción; esto comprende su identificación y obviamente su

cuantificación cierta, toda vez que al funcionario juzgador le está vedado presumir un perjuicio y se tiene que concretar a lo que ciertamente está acreditado en el expediente, de manera que lo que no aparezca allí simplemente no existe y por ende no puede ser considerado por el Juez.

En gracia de discusión y sin que implique reconocimiento de responsabilidad u obligación alguna a cargo de mí representada, se destaca que de acuerdo a la demanda, se reclaman exorbitantes indemnizaciones que infortunadamente muestran un afán de lucro imposible de atender, como quiera que el eventual resarcimiento en ningún caso podrá ser superior a la verdadera magnitud del daño causado.

Bajo ese contexto, procedo a pronunciarme una a una frente a las pretensiones de la parte actora así:

Frente a la pretensión 1: Pese a que esta pretensión no está dirigida en contra de la compañía de seguros que represento, me opongo a su prosperidad de esta pretensión, toda vez que en el presente caso no se encuentra configurada ninguna falla en la prestación del servicio de salud por parte de las instituciones demandadas, especialmente de la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., debido a que su actuación se limitó a UNA atención por consulta externa que no TUVO incidencia en el diagnóstico que es considerado por los actores como erróneo, ni tampoco en el tratamiento y resultado final, de suerte que no se puede pretender construir una negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso, y en esa medida no se cumplen los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos.

En efecto, los integrantes de la parte pasiva cumplieron cabalmente con sus obligaciones al momento de la atención solicitada por el señor Luis Alberto Mancipe y el posterior manejo quirúrgico que requirió, ordenando la práctica de exámenes de laboratorio, dentro de los cuales está el uroanálisis y urocultivo, vitales para determinar si hay una infección urinaria, y según la literatura médica es una ayuda diagnóstica para determinar la torsión testicular⁷, sin embargo, dichos exámenes no arrojaron resultados anormales en la primera etapa de la atención.

Posteriormente, según historia clínica, con el resultado de los análisis y de la ecografía Doppler, es valorado por el Especialista en Urología, quien determinó la necesidad de practicar cirugía, la cual fue programada de manera oportuna.

De acuerdo con todo lo anterior, queda evidenciado que las demandadas garantizaron el acceso a un manejo médico continuo, siempre con el lleno de los requisitos y estándares de calidad y de manera oportuna la atención conforme a la sintomatología que presentaba; sin que sea imputable a la demandada la causa eficiente de los presuntos perjuicios que hoy alega; pues reitero, la atención médica prestada se brindó de manera diligente, oportuna y perita, tras su requerimiento, en el servicio en el área de Urgencias (CLÍNICA SAN FERNANDO) y la única consulta ambulatoria (externa) de la entidad asegurada, Clínica de Occidente S.A., que en todo momento procuraron por su bienestar; ello claro está, enmarcado

⁷ Los resultados de los estudios de laboratorio por lo general están dentro de los límites normales excepto: pacientes con orquiepididimitis, que presentan leucocitosis y neutrofilia en el hemograma y, en el general de orina, leucocitos y bacteriuria. Fuente: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con184g.pdf>

dentro de las obligaciones de medio que tienen los galenos y la misma institución en el tratamiento de sus pacientes, pues no pueden garantizar la cura para sus padecimientos, y sólo les es exigible la diligencia y pericia debida, para que desplieguen todas las conductas y protocolos médicos existentes en la materia.

En gracia de discusión, debe tenerse en cuenta que NO EXISTE NEXO DE CAUSALIDAD entre los actos de la Clínica de Occidente S.A. y el desafortunado resultado que presentó el actor, pues incluso, sin que constituya aceptación de responsabilidad respecto a una mala práctica, teniendo en cuenta la fecha en que presentaron los primeros síntomas del paciente, esto es el 31 de julio de 2013 cuando acudió al servicio de URGENCIAS DE LA CLÍNICA SAN FERNANDO S.A., para la fecha en que se dispensó la atención por parte del especialista en urología, Doctor Juan Carlos Velasco en la Clínica de Occidente S.A., el día 29 de agosto de 2013, ya habían transcurrido 29 días de evolución de la condición de torsión testicular (la cual aclaro, para el momento de la atención citada atención no estaba diagnosticada, ni habían signos o síntomas que así lo indicaran), siendo improbable, para ese momento, recuperar el testículo afectado, pues el diagnóstico y tratamiento debe ser casi que inmediato, como lo ha documentado la literatura médica y guías de manejo en la materia.⁸

En ese sentido no nace la obligación indemnizatoria por parte de la entidad demandada, pues no se configuran los elementos constitutivos para endilgar la responsabilidad pretendida.

Frente a la pretensión 2: Pese a que esta pretensión no está dirigida en contra de mi prohijada, me opongo a la misma por ser consecuencia de las anteriores, por lo que debe correr su misma suerte, destacando que en las peticiones de los demandantes se evidencia el deseo de lucrarse por medio de las infortunadas condiciones médicas sufridas por el señor Mancipe Pinto, pues además de que no existe prueba alguna que acredite la responsabilidad de los demandados, por no configurarse el nexo causal requerido como elemento esencial para poder endilgar cualquier tipo de responsabilidad, la parte actora pretende que se le reconozca una suma exorbitante, que sobrepasa los límites jurisprudenciales adoptados por la Corte Suprema de Justicia para la reparación del daño.

Así las cosas, a continuación, me pronunciaré respecto de cada uno de los conceptos sobre los cuales fue solicitada una indemnización:

A. Frente a los “DAÑOS MORALES”:

Me opongo a que se condene a LA CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. al pago de perjuicios morales, puesto que su actuación se limitó a UNA atención por consulta externa que no TUVO incidencia en el diagnóstico que es considerado por los actores como erróneo, ni tampoco en

⁸ La torsión testicular ocurre generalmente sin una etiología aparente;4 el grado de isquemia depende del tiempo de evolución y del número de rotaciones del cordón espermático sobre su mismo eje.1 En nuestra casuística, se logró recuperar el testículo en 90% de los casos sometidos a intervención quirúrgica con la intención de corregir el testículo afectado en un periodo menor a seis horas; 60% si fue antes de 12 horas y en ningún caso entre las 12 y 24 horas, comparado con 90%, 50% y 10% informado por Davenport.

Fuente: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-importancia-del-tiempo-el-manejo-X1665579610537402#:~:text=El%20tiempo%20promedio%20que%20pas%C3%B3,dos%20horas%20y%2035%20minutos>.

el tratamiento y resultado final, de suerte que no se puede pretender construir una negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso.

Ahora, sin que implique asunción de responsabilidad, de todas maneras es evidente la inexactitud del cálculo que hace el apoderado de la actora para establecer el monto de las pretensiones de esta demanda, pues de manera desproporcionada solicita el pago de 100 SMLMV a favor del señor Mancipe Murillo, que incluso superan el valor máximo de **\$60.000.000 reconocido por la Corte Suprema de Justicia** (Órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria civil) por concepto de perjuicios morales **EN CASO DE MUERTE**, situación que claramente dista de una condición médica como la padecida por el mencionado demandante, ni tampoco es razonable y ajustada la suma de 50 SMLMV para cada uno de los demás demandantes, pues haciendo un juicioso ejercicio para la determinación de los perjuicios, estos en ningún caso alcanzarían a tener la entidad reclamada por la parte activa, siendo además improbable que se acredite la reunión de los elementos que conformarían una responsabilidad civil y por eso ruego a su señoría que frente a la abismal pretensión del accionante, la cual denota evidentemente un afán de lucro injustificado, imposible de satisfacer, tal y como se limite tal y como expondrá a continuación:

✓ Límites jurisprudenciales fijados para la reparación del daño.

El reconocimiento por concepto de perjuicios morales tiene como finalidad “*otorgar a la víctima una satisfacción íntima que borre y compense la angustia y el dolor sufrido*”. La suma por éste perjuicio es determinada única y exclusivamente por el Juez en la sentencia, con base en lo establecido jurisprudencialmente y según las pruebas aportadas al proceso, en cuanto al daño moral, la parte demandante deberá acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad civil y como consecuencia existirá eventualmente el pago o indemnización por los daños que se prueben.

En el hipotético caso de acogerse a la presente pretensión, se deberán tener en cuenta los parámetros establecidos por el órgano de cierre de la Jurisdicción Civil, quien estipuló en **Sentencia SC15996-2016 de noviembre 29 de 2016⁹**, un tope máximo de \$60.000.000 en caso de muerte, siendo este un criterio para ir determinando gradualmente el perjuicio en caso de lesiones, de suerte que, de ninguna manera, la petición de las actoras podría superar si quiera el 20% del mencionado valor.

Frente al daño a la salud:

Me opongo de forma directa a esta pretensión, debido a que su reconocimiento es improcedente si se tiene en cuenta que esta no es una tipología de perjuicio que sea reconocida por la Corte Suprema de Justicia en su jurisprudencia: “*En ese orden, **son especies de perjuicio no patrimonial, además del moral, el daño a la vida de relación y la lesión a bienes jurídicos de especial protección constitucional o convencional**.¹⁰ (negrilla y subrayado fuera del texto original)*”. Por lo expuesto, se tiene que la solicitud que realiza el actor por concepto de indemnización de daño a la salud resulta abiertamente

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC15996-2016 de noviembre 29 de 2016. MP Luis Alonso Rico Puerta

¹⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 28 de junio de 2017. Radicación No. 2011-00108-01. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

improcedente. De igual modo, debe indicarse que el Despacho tampoco podría adecuar este perjuicio a un presunto daño a la vida en relación, pues en materia civil rige el principio de congruencia con base en el cual el Juez falla conforme a lo que ha sido solicitado y alegado por las partes.

En todo caso, bajo la tipología de daño a la vida en relación, tampoco sería viable el reconocimiento de las sumas pretendidas por la parte actora, porque al igual que los perjuicios morales, este no opera de manera automática, ante la ocurrencia de un hecho dañoso, ni se presume en todos los casos; sino que le corresponda al juez, dentro de un análisis minucioso, objetivo y detallado de la situación, concluir si se acreditó o no la existencia de tal perjuicio, entendiendo el daño a la vida en relación, como aquella "...disminución de las condiciones de existencia de la víctima, al no poder realizar otras actividades que hacen agradable o placentera la vida" y por ello, dicha condición debe estar plenamente probada en el proceso, sin embargo, en el que nos aparece huérfano de prueba.

✓ **Límites jurisprudenciales fijados para la reparación del daño.**

Para tasar la indemnización por este perjuicio, la Corte Suprema de Justicia tiene en cuenta la gravedad de las lesiones permanentes sufridas por la víctima, las secuelas funcionales y estéticas y la imposibilidad de realizar actividades no laborales, pero que permiten el goce de la vida y ha determinado que el juez debe acudir a criterios de equidad, reparación integral y razonabilidad a la hora de tasar el valor de la indemnización.

La Corte aclara que se deben tener en cuenta las condiciones particulares de la víctima. Sostiene que la indemnización por este perjuicio no puede ser igual para una persona joven que para una persona mayor. Además, se debe verificar si la víctima era deportista o no, si tenía un buen estado de salud antes del hecho dañoso, etc. Todas las condiciones particulares de la víctima deben ser revisadas por el juez, para tasar la indemnización.

A continuación, me permito citar un pronunciamiento de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA:

- ✓ En fallo del 17 de noviembre de 2016, la Corte reconoció la suma de \$50.000.000 para una víctima como indemnización por el daño a la vida en relación, pues en este caso, se probó que la víctima, menor de edad, había sufrido graves e irreversibles lesiones que no le permitirían llevar una vida siquiera cercana a lo normal, pues está impedido para realizar, incluso, las actividades más básicas en el desempeño humano, como caminar, hablar, comer, aprender, trabajar, etc.;¹¹ en esa medida, siendo el criterio utilizado por el superior funcional, la petición del actor, de acuerdo con la ausencia de prueba del grado de afectación en su esfera física y emocional, no tiene vocación de prosperidad y en caso de acreditarse algún elemento que le permita al Juzgador tasar este perjuicio, debe analizarse bajo los límites jurisprudenciales citados.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

¹¹ CSJ, SC del 17 de noviembre de 2016, Rad. n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01. MP. Álvaro Fernando García

• LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN EFECTÚA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI PROCURADA

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por LA CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada, y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

• INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., POR SER AJENA A LA SUPUESTA ATENCIÓN NEGLIGENTE Y ERROR DE DIAGNÓSTICO

Se propone esta excepción, a fin de resaltar al despacho que, la parte actora no aportó prueba alguna de una conducta, activa u omisiva, a cargo de la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. o del personal a su servicio.

Efectivamente, respecto a la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., debe reiterarse que esta institución sólo atendió al señor Mancipe Pinto, a través de UNA SÓLA consulta ambulatoria (externa), el día 29 de agosto de 2013, la cual no TUVO incidencia en el diagnóstico que es considerado por los actores como erróneo, ni tampoco en el tratamiento y resultado final, de suerte que no se puede pretender construir una negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso.

Como prueba de lo anterior, basta con analizar el contenido de la historia clínica obrante en el plenario, para observar que el señor MANCIPE PINTO fue atendido por el doctor Juan Carlos Velasco, a través de consulta externa, quien plasmó en la respectiva historia clínica, los síntomas presentados por el entonces paciente, contrastado con los exámenes realizados DOS DÍAS ATRÁS, todo “COMPATIBLE CON IVU” (Infección de las vías urinarias).



CLÍNICA DE OCCIDENTE
"Cada día mejor"
NIT. 890.300.513-3

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: LUIS ALBERTO MANCIPE PINTO		IDENTIFICACIÓN: CC 16778896		HC: 16778896 - CC	
FECHA DE NACIMIENTO: 28/6/1970		EDAD: 43 AÑOS		SEXO: M	
ESTADO CIVIL: Soltero(a)		OCUPACIÓN: OFICIOS VARIOS		TIPO AFILIADO: Cotizante	
RESIDENCIA: CL 59 NO 12 38		VALLE DEL CAUCA-CALI		TELÉFONO: 4438977 CELULAR: 3138616175	
FECHA INGRESO: 29/8/2013 - 18:01:24		FECHA EGRESO: 29/8/2013 - 19:02:03		CAMA:	
DEPARTAMENTO: 100901 - CONSULTA EXTERNA		SERVICIO: AMBULATORIO			
CLIENTE: ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE SA		PLAN: VILLACOLOMBIA SEDE TPS 2013 (CONSULTAS AGRUPADAS)			
GRUPO POBLACIONAL: No definido		PERTENENCIA ETNICA: Ninguna de las anteriores			
NOMBRE ACOMPAÑANTE:		PARENTESCO:		TELÉFONO:	
NOMBRE RESPONSABLE:		IDENTIFICACIÓN:		PARENTESCO:	
DIRECCIÓN:				TELÉFONO:	

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2013-08-29	19:01 VEL6823 - VELASCO ROBLES JUAN CARLOS - MEDICO (A) ESPECIALISTA - MOTIVO DE CONSULTA : PRESENTA S IRRITATIVO VESICAL REFIERE ESCALOFRIO FIEBRE Y MALESTAR EN EL CUERPO EDEMA DE ESCROTO PDO QUE TRAE COMPATIBLE CON IVU ENFERMEDAD ACTUAL : DOY A MITACINA Y CITA DE CONTROL 2 MESES

ANTECEDENTES DE RIESGO BIOLÓGICO	OP.	DETALLE	F. REGIS
			PUNTAJE: 0



PROFESIONAL: VELASCO ROBLES JUAN CARLOS
CC - 10538350

ESPECIALIDAD - UROLOGIA

Fecha Impresión: 2021/11/30 - 09:07:37

En este punto es importante indicar y para efectos de acreditar que la actuación del galeno fue adecuada, que la mayoría de las IVU se pueden curar con tratamiento antibiótico. Los síntomas de una infección de la vejiga en la mayoría de los casos desaparecen al cabo de 24 a 48 horas después de que empieza el tratamiento, incluso, una infección renal, puede pasar 1 semana o más tiempo para que sus síntomas desaparezcan.¹² De ahí, que era indispensable el suministro del tratamiento con antibiótico que se le brindó al paciente y el control en cita posterior.

De acuerdo con todo lo anterior, queda evidenciado que **la única atención médica (ambulatoria) brindada por la Clínica de Occidente, a través de especialista en urología, fue dispensada en condiciones normales, con estricta sujeción a los procedimientos que indican los protocolos y/o guías, para los signos y síntomas que presentaba el señor MANCIPE PINTO en ese momento**, considerándose oportuno y diligente y exento de cualquier error de diagnóstico. Destacando en adición, que hasta el momento no existe evidencia de que la atención dispensada por la Clínica de Occidente S.A., tenga relación con la torsión testicular que presentó más adelante el demandante, y que era tratada desde su inicio por la CLÍNICA SAN FERNANDO S.A.

Puestas las cosas de este modo, y tratándose específicamente de la Clínica de Occidente S.A., es claro que no concurren los elementos configurativos de la responsabilidad civil que se persigue, por no haberse evidenciado ninguna conducta culposa o dolosa, constitutiva de falla; por no acreditarse (por inexistente) algún daño derivado del actuar de esta institución; y porque, finalmente y como consecuencia de lo anterior, ningún nexo de causalidad existe entre los perjuicios presuntamente padecidos por los actores y el la atención brindada por el galeno adscrito a la Clínica de Occidente S.A., máxime cuando ninguna prueba del expediente se encuentra enderezada a acreditar la alegada responsabilidad.

Con fundamento en lo anterior, ruego al despacho declarar probada la presente excepción.

- **AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA ATENCIÓN BRINDADA POR CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. Y EL DAÑO QUE ALEGA LA PARTE DEMANDANTE.**

Esta excepción se funda a más de lo expuesto atrás, en el hecho de que no sólo se carece de prueba alguna sobre el particular, sino también en que efectivamente no hay ningún medio probatorio que demuestre la existencia de relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado y la actuación de la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. y los profesionales a su servicio, por ende, la inexistencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra esa entidad, destacando que es carga de la parte demandante no sólo demostrar la supuesta negligencia en la atención médica, mediante la que quiere fundar sus indebidas pretensiones, sino también la de la imprescindible relación de causalidad entre la conducta desplegada por Clínica de Occidente S.A., el personal a su servicio y el daño.

12

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000521.htm#:~:text=Una%20infecci%C3%B3n%20de%20las%20v%C3%ADas,denomina%20cistitis%20o%20infecci%C3%B3n%20vesical.>

Al respecto el doctor Javier Tamayo Jaramillo, en la obra sobre la Prueba sobre la culpa médica, recuerda que *“entre la conducta del médico y el daño causado, debe existir una relación de causalidad, es decir, que el daño debe ser efecto o resultado de aquella conducta, la cual obra como causa eficiente en la producción del perjuicio. La conducta del médico tiene que ser la causa del daño, que presupone dos condiciones: En primer lugar, la conducta médica debe ser la causa próxima, que no quiere decir que sea la causa última en el orden cronológico, sino que no se deben tener en cuenta en la producción del daño los actos, hechos o causas que han obrado en forma remota. Además, la conducta médica debe ser determinante en la producción del daño, que es cuando debido a la actuación médica se ha contribuido en un mayor grado a la producción del resultado (...)”*.

En el caso concreto, NO EXISTE NEXO DE CAUSALIDAD entre los actos de la Clínica de Occidente S.A. y el desafortunado resultado que presentó el actor, pues incluso, sin que constituya aceptación de responsabilidad respecto a una mala práctica, teniendo en cuenta la fecha en que presentaron los primeros síntomas del paciente, esto es el 31 de julio de 2013 cuando acudió al servicio de URGENCIAS DE LA CLÍNICA SAN FERNANDO S.A., para la fecha en que se dispensó la atención por parte del especialista en urología, Doctor Juan Carlos Velasco en la Clínica de Occidente S.A., el día 29 de agosto de 2013, ya habían transcurrido 29 días de evolución de la condición de torsión testicular (la cual aclaro, para el momento de la atención citada atención no estaba diagnosticada, ni habían signos o síntomas que así lo indicaran), siendo improbable, para ese momento, recuperar el testículo afectado, pues el diagnóstico y tratamiento debe ser casi que inmediato, como lo ha documentado la literatura médica y guías de manejo en la materia:¹³

Si no se logra la resolución manual de la torsión, está indicada la cirugía inmediata, porque la exploración dentro de las primeras pocas horas representa la única esperanza de salvar el testículo. Esta posibilidad disminuye rápidamente del 80 al 100% en las 6 a 8 horas, hasta casi cero a las 12 horas. También se realiza la fijación del testículo contralateral para prevenir una torsión de ese lado. Cuando la resolución manual de la torsión manual se realizó con éxito, la fijación testicular bilateral se realiza en forma electiva.¹⁴

Aunado a lo anterior, y de cara al reproche de la parte actora, es valioso indicar que en todo caso, la resolución manual inmediata de la torsión sin imágenes puede intentarse durante el examen físico inicial; **sin embargo éxito es variable**. Como los testículos en general están rotados hacia adentro, para la resolución de la torsión se los debe rotar hacia afuera (p. ej., para el testículo izquierdo, la resolución manual de la torsión es el sentido de las agujas del reloj observando desde el frente). Puede ser necesaria más de una rotación para resolver el cuadro; el alivio del dolor sirve como guía.¹⁵

¹³ La torsión testicular ocurre generalmente sin una etiología aparente;4 el grado de isquemia depende del tiempo de evolución y del número de rotaciones del cordón espermático sobre su mismo eje.1 En nuestra casuística, se logró recuperar el testículo en 90% de los casos sometidos a intervención quirúrgica con la intención de corregir el testículo afectado en un periodo menor a seis horas; 60% si fue antes de 12 horas y en ningún caso entre las 12 y 24 horas, comparado con 90%, 50% y 10% informado por Davenport.

Fuente: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-importancia-del-tiempo-el-manejo-X1665579610537402#:~:text=El%20tiempo%20promedio%20que%20pas%C3%B3,dos%20horas%20y%2035%20minutos>.

¹⁴ <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-peneanos-y-escrotales/torsi%C3%B3n-testicular>

¹⁵ <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-peneanos-y-escrotales/torsi%C3%B3n-testicular>

Teniendo en cuenta todos los argumentos expuestos hasta el momento, resulta claro que los hechos que se debaten en el presente proceso no devienen directamente de alguna acción u omisión por parte de la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., sino que **son consecuencia de la evolución tórpida que en este tipo de casos se presenta o en su defecto, una acción u omisión de la institución que prestó la atención inicial (lo que debe ser probado por la parte actora) y consecuentemente, resulta inocuo el planteamiento de la parte actora, relacionada con la responsabilidad a cargo del asegurado Clínica de Occidente S.A.,** comoquiera que los padecimientos que intenta reprochar no tienen ningún nexo de causalidad con el acto médico ejecutado por la institución médica demandada, ni por una supuesta negligencia médica.

Con fundamento en lo anterior, ruego al despacho declarar probada la presente excepción.

- **AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR INEXISTENCIA DE CULPA IMPUTABLE A LA PARTE PASIVA, POR ESTAR ACREDITADO EL PROCEDER DILIGENTE DE SU CUERPO MÉDICO.**

La responsabilidad civil médica reviste caracteres especiales. En principio, se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, según las cuales, para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que consecuencia de esta sobrevengan perjuicios a las demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

- 1) **La culpa**, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. **Este elemento deberá ser probado por los demandantes.**
- 2) El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas. **También compete a las demandantes su demostración.**
- 3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiriera la categoría de cierto e indemnizable.

Se ha determinado de forma vehemente que este tipo de responsabilidad solo se configura si se halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento, por lo cual, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante **la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso** durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones, que al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados, los exonera de cualquier pretensión

indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica¹⁶.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el caso que nos ocupa, se tiene que la parte actora, sin ningún medio de prueba que la soporte, afirma que el cuerpo médico de la Clínica San Fernando S.A. y Clínica de Occidente S.A., desplegó un actuar culposo debido a que supuestamente no le dio una atención adecuada y oportuna al señor Luis Alberto Mancipe, cuestión que según se afirma, desencadenó su lamentable pérdida de uno de sus testículos.

(i) **Sobre la atención médica dada por Clínica San Fernando:**

Respecto de la atención médica suministrada por la Clínica San Fernando S.A., se indica que fue perita, adecuada y que atendió a las condiciones clínicas del paciente. Adicionalmente se puntualiza:

En primera medida, según anotación médica de fecha 31 de julio de 2013, una vez el actor arribó a la unidad de URGENCIAS de dicha institución, se le realizó una impresión diagnóstica¹⁷, de infección de vías urinarias, ordenando la práctica de diferentes exámenes de laboratorio, para descartar o confirmar el mencionado diagnóstico de impresión.

Al respecto se resalta que de acuerdo con las respectivas guías de manejo¹⁸, los síntomas que presentaba el señor Mancipe son inespecíficos, por lo cual se debe acudir a diferentes ayudas que permitan encaminar el diagnóstico. De ahí que es necesario se practique examen de laboratorio, para confirmar o excluir la impresión diagnóstica.

Igualmente, es trascendente destacar sobre la torción testicular que *los principales síntomas en casos de torsión testicular son dolor escrotal agudo e hinchazón, náuseas y vómitos. Así mismo, que esta anomalía predisponente está presente en un 12% de los varones. La torsión es más común entre los 12 y los 18 años, con un pico secundario en la infancia. **Es infrecuente después de los 30 años**. Es más común en el testículo izquierdo.*

Y finalmente, que síntomas similares pueden producirse principalmente en una epididimitis. En la epididimitis, el dolor y el edema son por lo general menos agudos y en principio están localizados en el epidídimo. Sin embargo, en ambos cuadros a menudo se desarrollan edema generalizado y dolor al tacto, lo que torna difícil la distinción entre ellos.¹⁹

¹⁶ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, Mp. Alejandro Martínez Caballero.

¹⁷ El diagnóstico de impresión o impresión diagnóstica, no tiene por objetivo determinar el diagnóstico concreto y definitivo, sino que es un medio para encauzar las pruebas diagnósticas posteriores, a realizar ya por el correspondiente especialista, con el objetivo de llegar a un diagnóstico definitivo, que puede confirmar o ser distinto a la impresión diagnóstica.

¹⁸

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20I.pdf>

¹⁹

<https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-peneanos-y-escrotales/torsi%C3%B3n-testicular>

De acuerdo con la anterior literatura, tenemos que en este caso, los síntomas que presentó el actor eran inespecíficos, concordantes con otras condiciones como por ejemplo la infección en vías urinarias o una epididimitis, no presentaba inicialmente dolor escrotal (sólo hasta el 26 de agosto de 2013 se referencia dolor escrotal en la historia clínica), no presentaba hinchazón, náuseas, ni vómitos. Aunado a ello, encontramos que era un paciente que superaba los 43 años (condición poco probable para su edad).

Sin perjuicio de lo anterior, el médico ordenó la práctica de exámenes de laboratorio, dentro de los cuales está el hemograma, uroanálisis y urocultivo, que son ayudas diagnósticas vitales para determinar si hay una infección urinaria, y según la literatura médica es una ayuda diagnóstica para determinar la torsión testicular²⁰, no obstante, para ese momento, el paciente no mostraba resultados concordantes con otra condición médica diferente a la INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS. Posteriormente, según la historia clínica, el paciente re consulta, con signos y síntomas diferentes, que permiten, a través de otros mecanismos como la ecografía doppler e interconsulta con Especialista en Urología, quien determinó la necesidad de practicar cirugía, la cual fue programada de manera oportuna.

(i) Sobre la atención médica brindada por la Clínica de Occidente S.A.

Como ya se ha manifestado con suficiencia, consta en la historia clínica, la consulta externa realizada el día 29 de agosto de 2013 fue la única atención prodigada al demandante, a través del doctor Juan Carlos Velasco, quien plasmó en la respectiva historia clínica, los síntomas presentados por el entonces paciente, contrastado con los exámenes realizados DOS DÍAS ATRÁS, todo “COMPATIBLE CON IVU” (Infección de las vías urinarias), ordenó tratamiento antibiótico y control en cita posterior, todo ello, con la suficiente diligencia y pericia necesaria.

Lo expuesto, permite concluir que bajo ningún escenario es posible atribuir responsabilidad civil médica en cabeza de la Clínica San Fernando S.A., ni menos a cargo de la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., en razón a que, de un lado, se encuentra acreditada la diligencia y pericia de su cuerpo médico y, de otro, no existe relación de causalidad entre la pérdida del testículo del señor Mancipe Pinto y el actuar de los galenos.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

• **APLICACIÓN ESTRICTA DE LOS CÁNONES DE LA LEX ARTIS**

Se formula esta excepción en virtud de que al señor LUIS ALBERTO MANCIPE se le dispensaron las atenciones y procedimientos adecuados, como se confirma con la respectiva historia clínica, los protocolos establecidos y la abundante literatura médica que existe sobre estos casos.

Como se puede observar el médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrático de cada paciente (características propias de cada cuerpo humano), así como la alea terapéutica siempre presente en los tratamientos médicos. Por ello los protocolos de manejo médico en principio solo constituyen guías para acreditar la

²⁰ Los resultados de los estudios de laboratorio por lo general están dentro de los límites normales excepto: pacientes con orquiepididimitis, que presentan leucocitosis y neutrofilia en el hemograma y, en el general de orina, leucocitos y bacteriuria. Fuente: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con184g.pdf>

diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de *la lex artis*, se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que *“debe hacerse”*, lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebido son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, entre tanto que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que, ante el acaecimiento de un daño a la integridad física, pueda ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dado el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa (alea terapéutica), o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al accionar médico. Pues ello visto, aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico. Como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

En este caso, la historias clínica y los protocolos médicos, confirman la forma diligente en que fue tratado el señor Luis Alberto Mancipe y descartan cualquier duda que puedan suscitar la tergiversación de hechos que esgrime la parte actora como fundamento de sus injustas pretensiones, que denotan únicamente una inexcusable confusión de conceptos en busca de una indebida indemnización, pues no queda duda que los eventos que la parte actora cataloga como desafortunados, fueron resultado de la evolución propia de la condición médica del paciente, que de ninguna manera pueden atribuirse al cuerpo galénico, pues ellos dispensaron todas las actuaciones acordes a los lineamientos científicos sobre la materia.

Por lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **EXONERACIÓN POR CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO BRINDADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.**

A través del acto médico se intenta promover la salud, curar o prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. El médico se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados.²¹

Lo anterior implica que el galeno promete al paciente conducirse con prudencia y diligencia en una dirección determinada, siendo esta diligencia, el objeto de la obligación, ya que normalmente el resultado deseado por el acreedor es demasiado aleatorio y depende poco de la exclusiva diligencia del deudor; por lo que la no obtención del resultado no permite presumir culpa de este último, en cuyo caso se debe probar la culpa. En suma, considerar que la obligación de los galenos es una obligación de resultado, sería desconocer por completo la naturaleza de la ciencia médica, pues resulta claro que el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y por ende es él quien debe asumir las consecuencias que se deriven del mismo.

²¹ GUZMÁN MORA, Fernando, La práctica de la medicina y la ley. Editorial Biblioteca Jurídica DIKE, 1ra Edición, pág. 320.

En el caso que nos ocupa, el señor LUIS ALBERTO MANCIPE recibió todo el manejo médico requerido, y los medios le fueron empleados debidamente en los procedimientos practicados, exámenes especializados y de laboratorio, suministro de medicación, hospitalización conforme los protocolos médicos establecidos y con el total lleno de los requisitos y estándares de calidad; cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular exige, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en particular en razón al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo procedimiento quirúrgico.

Como conclusión, debe entenderse que las patologías presentadas por los pacientes y sus consecuencias no son más que el resultado de una tórpida evolución de su estado de salud, sin que pueda afirmarse que en este caso, la afectación del testículo del actor, sea consecuencia del actuar negligente del cuerpo médico al servicio de la Institución demandada, quienes por el contrario como se evidencia en la historia clínica, brindaron toda la atención especializada que podía ser suministrada a los pacientes dada su condición de salud y en esta medida debe desestimarse cualquier pretensión que tenga como fin endilgar cualquier tipo responsabilidad.

Ruego declarar probada esta excepción.

- **CARENCIA DE PRUEBA DEL SUPUESTO PERJUICIO.**

Esta excepción enerva las pretensiones en cuanto ellas se erigieron pese a la carencia absoluta de medios de prueba de la producción, naturaleza y por su puesto de la cuantía del supuesto detrimento alegado y éste no es susceptible de presunción alguna, pues requiere de su fehaciente demostración para poder ser considerado, luego la falta de certidumbre sobre el mismo se traduce en un obstáculo insalvable para su reconocimiento.

Por lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA**

Es imposible imponer una condena y ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización, ya que no es admisible la presunción en esa materia, de manera que una indemnización sin fundamentos fácticos ni jurídicos necesariamente se traducirá en un lucro indebido, como sucedería en un caso como el presente.

Ruego a su Despacho que declare probada la presente excepción y, por ende, niegue las pretensiones de la demanda.

- **GENÉRICA Y OTRAS.**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, incluyendo la de prescripción, siempre que exima parcial o totalmente a mi procurada de responsabilidad.

CAPITULO II
CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR
LA CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A.

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al Hecho Primero: Este hecho contiene diferentes afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) Es cierto que entre la Clínica de Occidente S.A. como tomadora y Seguros Generales Suramericana S.A. como aseguradora, se celebró el contrato de seguro documentado en la PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 0721814-2.

No obstante, a pesar de la existencia de la citada póliza, no nacerá ninguna obligación a cargo de mi prohijada, comoquiera que:

- No se cumplen las condiciones necesarias, para que pueda predicarse su cobertura dentro del caso que nos ocupa, teniendo en cuenta la modalidad en la que fue pactada, esto es, CLAIMS MADE (exige que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la mencionada vigencia), habida cuenta de que la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió el día 04 de mayo de 2016, es decir, por fuera de la vigencia, e incluso antes de que existiera algún vínculo contractual entre la aseguradora que represento y la Clínica de Occidente S.A.
- En línea con lo anterior, debe adicionarse que, claramente, las reclamaciones realizadas a la Clínica de Occidente S.A., anteriores a la contratación entre dicha Clínica y mi poderdante, son totalmente ajenas a la cobertura otorgada, pues constituyen hechos (reclamos) pretéritos que no se le trasladaron al asegurador, por lo tanto, teniendo en cuenta que el reclamo efectuado el 04 de mayo de 2016 fue previo al perfeccionamiento del contrato de seguro celebrado entre SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., no deviene cobertura alguna.
- Sin perjuicio de lo indicado, porque en gracia de discusión, sobre las acciones derivadas del contrato de seguro en comento, ha operado el fenómeno extintivo de la prescripción por la senda ordinaria, esto es, de dos (2) años que para el asegurado, que al tenor de lo dispuesto en el artículo 1131 del Código de Comercio²², se cuenta desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial, en este caso, el 04 de mayo de 2016 cuando se llevó a cabo la

²² ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>. <Artículo subrogado por el artículo 86 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> 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.”

Audiencia de conciliación prejudicial, concluyendo que la prescripción se configuró el 04 de mayo de 2018 y el presente llamamiento en garantía fue formulado el 16 de diciembre de 2021.

- (ii) Es parcialmente cierto lo relacionado con el objeto de la Póliza anteriormente aludida.

Al respecto, aclaro que de conformidad con lo establecido en las condiciones particulares y generales del contrato de seguro que nos ocupa, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. *“ampara las reclamaciones que le presenten al asegurado, durante la vigencia del seguro, por la responsabilidad civil profesional en que incurra a partir de la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares del mismo, por daños materiales, lesiones personales o muerte causados por un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, farmacéutico o laboratorista legalmente habilitado para ejercerse, dentro de los predios del asegurado especificados en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.*

Adicionalmente, se ampara las reclamaciones que le presenten al asegurado, durante la vigencia del seguro, por la responsabilidad civil en que incurra a partir de la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares del mismo, por daños materiales, lesiones personales o muerte, derivados de la posesión, el uso o el mantenimiento de los predios que figuran relacionados en las condiciones particulares de esta póliza y en los cuales el asegurado desarrolla y realiza las actividades igualmente descritas en dichas condiciones (predios asegurados). Esto incluye los casos en que el asegurado sea solidariamente responsable por los hechos de sus contratistas o subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados.”

Sin perjuicio de lo anterior, la póliza mencionada no ofrece cobertura para este caso, comoquiera que la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera de la vigencia pactada, e incluso, antes de que existiera algún vínculo contractual entre la aseguradora que represento y la Clínica de Occidente S.A., aunado al hecho de que se encuentra acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por haber transcurrido más de dos años, desde el momento en el que la víctima formuló reclamación al asegurado y la formulación del llamamiento en garantía a mi representada, conforme lo establece el artículo 1131 del Código de Comercio, por lo que no puede existir condena alguna en su contra.

- (iii) Es cierto que el contrato de seguro se pactó bajo la modalidad denominada Claims Made, de manera que la cobertura en ellos contenida sólo podría afectarse si además de la existencia de responsabilidad civil médica y de la comprobación de que no se configure causal legal o convencional de exclusión o de inoperancia del seguro, se cumplan de manera simultánea las siguientes condiciones: **(i) que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y (ii) que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la mencionada vigencia.**

No obstante lo anterior, pese a que los hechos se enmarcan dentro de la retroactividad pactada en dicho contrato de seguro, de ello **no deviene cobertura alguna**, pues conforme a la modalidad en que fue expedida, (CLAIMS MADE), sólo podría afectarse si se cumplen las condiciones señaladas en precedencia, es decir, que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la mencionada

vigencia, sin embargo, de acuerdo con las pruebas que obran en el plenario, el primer reclamo se habría formulado por parte de los actores hacia el asegurado (CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A.), el 04 de mayo de 2016, se surtió la audiencia conciliación extrajudicial, fecha para la cual, claramente **no había comenzado la vigencia de la póliza invocada por el llamante en garantía.**

En ese orden de ideas, resulta claro el incumplimiento de los requisitos necesarios para que opere la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 0721814-2 y con ello, la **ausencia de cobertura dentro del caso que nos ocupa.**

- (iv) Es cierto que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 0721814-2 estuvo vigente desde el 30 de septiembre de 2020 al 30 de septiembre de 2021 y cuenta con retroactividad de 10 años, contados desde el 30 de septiembre de 2010.

Pese a lo anterior, como ya se advirtió, la póliza que sirvió de fundamento para la convocatoria de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. no ofrece cobertura, comoquiera que (i) la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera de la vigencia pactada y (ii) se encuentra acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por haber transcurrido más de dos años, desde el momento en el que la víctima formuló reclamación al asegurado y la formulación del llamamiento en garantía a mi representada, conforme lo establece el artículo 1131 del Código de Comercio, por lo que no puede existir condena alguna en su contra.

Frente al hecho Segundo. Este hecho contiene diferentes afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) Es cierto que los hechos que convocan a la Clínica de Occidente S.A. tuvieron lugar el 29 de agosto de 2013, pues en esta fecha se proporcionó una atención a través de consulta externa por parte de especialista en urología, sin embargo, como se ha explicado a lo largo de la presente contestación y según distintos medios probatorios que obran en el plenario, entre la Historia Clínica, pueden demostrar de manera fehaciente que dicha demandada actuó con la diligencia, pericia e idoneidad, sin que le sea imputable la atención inicial, el tratamiento y desenlace del mismo, pues toda la actividad estuvo a cargo de la Clínica San Fernando S.A.
- (ii) Es cierto que la retroactividad otorgada por Seguros Generales Suramericana S.A., a través de la Póliza No. 0721814-2 es de 10 años, cubriendo así, hechos ocurridos desde el 30 de septiembre de 2010.

No obstante lo anterior, pese a que los hechos se enmarcan dentro de la retroactividad pactada en dicho contrato de seguro, de ello **no deviene cobertura alguna**, pues conforme a la modalidad en que fue expedida, (CLAIMS MADE), sólo podría afectarse si se cumplen las condiciones señaladas en precedencia, es decir, que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y que el primer reclamo se hubiere formulado dentro

de la mencionada vigencia, sin embargo, de acuerdo con las pruebas que obran en el plenario, el primer reclamo se habría formulado por parte de los actores hacia el asegurado (CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A.), el 04 de mayo de 2016, se surtió la audiencia conciliación extrajudicial, fecha para la cual, claramente **no había comenzado la vigencia de la póliza invocada por el llamante en garantía.**

- (iii) Respecto a la fecha de primera reclamación o conocimiento de los hechos, NO es cierto.

Tal y como se observa en la prueba documental aportada con la subsanación de la demanda, específicamente la “Constancia de no acuerdo” emitida por el Centro de Conciliación de la Universidad Santiago de Cali el día 04 de mayo de 2016, la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. fue convocada a audiencia prejudicial por parte de los hoy demandantes, a la cual asistió el Doctor Jorge Humberto Vélez Álvarez en representación de la citada institución, declarándose fallida la diligencia, en virtud de la ausencia de ánimo conciliatorio.

En ese orden de ideas, resulta claro que esa convocatoria constituyó la primera reclamación por parte de los demandantes a la Clínica de Occidente S.A., lo cual conlleva a concluir que la póliza que sirvió de fundamento para la convocatoria de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. no ofrece cobertura, comoquiera que la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera de la vigencia pactada, e incluso, antes de que existiera algún vínculo contractual entre la aseguradora que represento y la Clínica de Occidente S.A., por lo que no puede existir condena alguna en contra de mí representada.

Frente al hecho Tercero. NO es cierto.

Como se indicó en el hecho anterior, la prueba documental aportada con la subsanación de la demanda, específicamente la “Constancia de no acuerdo” emitida por el Centro de Conciliación de la Universidad Santiago de Cali el día 04 de mayo de 2016, demuestran que la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. fue convocada a audiencia prejudicial por parte de los hoy demandantes, a la cual asistió el Doctor Jorge Humberto Vélez Álvarez en representación de la citada institución, declarándose fallida la diligencia, en virtud de la ausencia de ánimo conciliatorio.

En ese orden de ideas, resulta claro que esa convocatoria constituyó la primera reclamación por parte de los demandantes a la Clínica de Occidente S.A., lo cual conlleva a concluir que la póliza que sirvió de fundamento para la convocatoria de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. no ofrece cobertura, comoquiera que la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera de la vigencia pactada, e **incluso, antes de que existiera algún vínculo contractual entre la aseguradora que represento y la Clínica de Occidente S.A.,** por lo que no puede existir condena alguna en contra de mí representada.

Frente al hecho Cuarto. Frente a la afirmación sobre el amparo otorgado por mi prohijada, no es un hecho, es una consideración subjetiva del convocante, que en todo caso, resulta desacertada, comoquiera que **(i)** la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera

de la vigencia pactada y **(ii)** se encuentra acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por haber transcurrido más de dos años, desde el momento en el que la víctima formuló reclamación al asegurado y la formulación del llamamiento en garantía a mi representada, conforme lo establece el artículo 1131 del Código de Comercio, por lo que no puede existir condena alguna en su contra.

Frente al hecho Quinto. Es cierto que el valor asegurado de la Póliza RC Clínicas y hospitales No. 0721814-2 es de “Col\$1.500.000.000”.

En adición a lo anterior, destaco desde ya que dicha póliza cuenta con un deducible a cargo de la asegurada Clínica de Occidente S.A., que asciende a: *“Reclamos con retroactividad de 8 a 10 años: 15% mínimo COP \$80.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.”*

No obstante, la citada póliza no ofrece cobertura, puesto que **(i)** la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera de la vigencia pactada y **(ii)** el reclamo fue previo al perfeccionamiento del contrato de seguro celebrado entre SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., y **(iii)** porque en gracia de discusión, se encuentra acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por haber transcurrido más de dos años, desde el momento en el que la víctima formuló reclamación al asegurado y la formulación del llamamiento en garantía a mi representada, conforme lo establece el artículo 1131 del Código de Comercio, por lo que no puede existir condena alguna en su contra.

Frente al hecho Sexto. Frente a la afirmación sobre la cobertura de la póliza y la supuesta obligación de mi representada, no es un hecho, es una consideración subjetiva de la parte convocante. En todo caso, frente a ella, cabe indicar que SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. no se obligó a cubrir cualquier riesgo en el que pueda incurrir el asegurado, pues debe tenerse en cuenta las condiciones en las cuales se celebró el contrato de seguro, las cuales demarcan la existencia y operancia de una eventual obligación a cargo de la aseguradora, destacando que en ellas se encuentran plasmadas las exclusiones de cobertura y modalidades de la misma, por lo cual, deben ser dichas condiciones, las que enmarquen la eventual obligación de la aseguradora.

En este caso no nace obligación a cargo de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., porque, pese a que los hechos se enmarcan dentro de la retroactividad pactada en dicho contrato de seguro, de ello **no deviene cobertura alguna**, pues conforme a la modalidad en que fue expedida, (CLAIMS MADE), sólo podría afectarse si se cumplen las condiciones señaladas en precedencia, es decir, que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la mencionada vigencia, sin embargo, de acuerdo con las pruebas que obran en el plenario, el primer reclamo se habría formulado por parte de los actores hacia el asegurado (CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A.), el 04 de mayo de 2016, se surtió la audiencia conciliación extrajudicial, fecha para la cual, claramente **no había comenzado la vigencia de la póliza invocada por el llamante en garantía.**

Aunado a lo anterior, sobre las acciones derivadas del contrato de seguro en comento, ha operado el fenómeno extintivo de la prescripción, ya que, se encuentra plenamente acreditada

la prescripción por la senda ordinaria, esto es, de dos (2) años que para el asegurado, que al tenor de lo dispuesto en el artículo 1131 del Código de Comercio, se cuenta desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial, en este caso, el 04 de mayo de 2016 cuando se llevó a cabo la Audiencia de conciliación prejudicial, concluyendo que la prescripción se configuró el 04 de mayo de 2018 y el presente llamamiento en garantía fue formulado el 16 de diciembre de 2021.

Frente al hecho Séptimo. No corresponde a un hecho, es una consideración subjetiva de la parte convocante. En todo caso, no es cierto y REITERO que, la póliza que sirvió de fundamento para la convocatoria de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. no ofrece cobertura, puesto que la reclamación que se formuló al asegurado por parte de los demandantes, ocurrió por fuera de la vigencia pactada, adicionalmente, se encuentra acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por haber transcurrido más de dos años, desde el momento en el que la víctima formuló reclamación al asegurado y la formulación del llamamiento en garantía a mi representada, conforme lo establece el artículo 1131 del Código de Comercio, por lo que no puede existir condena alguna en su contra.

Frente al hecho Octavo. Frente a la afirmación sobre el llamamiento en garantía y la supuesta obligación de mi representada, no es un hecho, es una consideración subjetiva de la parte convocante respecto del ejercicio de defensa al vincular a mi representada, frente al cual cabe aludir que una cosa es que sea viable el llamamiento en garantía como figura procesal, a que el llamamiento prospere ante una eventual condena pues para ello deberán tenerse en cuenta las condiciones en las cuales se celebró el contrato de seguro, las cuales demarcarán la existencia y operancia de una eventual obligación a cargo de la aseguradora.

Vale la pena aclarar que la existencia de un contrato de seguro no es indicativa de responsabilidad en cabeza de la aseguradora, pues para poder predicar tal responsabilidad deben de analizarse bajo qué condiciones asumió la responsabilidad indemnizatoria la aseguradora, así como cuáles fueron los riesgos trasladados por el asegurado, las exclusiones y en especial la modalidad de cobertura acordada por las partes.

En todo caso, como se ha reiterado con suficiencia, la póliza que sirvió de fundamento para la convocatoria de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. no ofrece cobertura, puesto que **(i)** la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera de la vigencia pactada y **(ii)** el reclamo fue previo al perfeccionamiento del contrato de seguro celebrado entre SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., y **(iii)** porque en gracia de discusión, se encuentra acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por haber transcurrido más de dos años, desde el momento en el que la víctima formuló reclamación al asegurado y la formulación del llamamiento en garantía a mi representada, conforme lo establece el artículo 1131 del Código de Comercio, por lo que no puede existir condena alguna en su contra.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la pretensión 1). Frente a la solicitud de reembolso por parte de mi procurada a la Clínica de Occidente S.A., por los presuntos perjuicios que se alegan en este proceso, con base en lo siguiente:

- **Ausencia de cobertura por delimitación temporal:**

La póliza utilizada como fundamento para la convocatoria de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. fue pactada bajo la modalidad CLAIMS MADE, la cual exige que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la mencionada vigencia, sin embargo, pese a que los hechos que fundamentan este litigio se enmarcan dentro de la retroactividad pactada en dicho contrato de seguro, **no deviene cobertura alguna**, pues conforme a la modalidad en que fue expedida, (CLAIMS MADE), sólo podría afectarse si se cumplen las condiciones señaladas en precedencia, es decir, que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la mencionada vigencia, sin embargo, de acuerdo con las pruebas que obran en el plenario, el primer reclamo se habría formulado por parte de los actores hacia el asegurado (CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A.), el 04 de mayo de 2016, se surtió la audiencia conciliación extrajudicial, fecha para la cual, claramente **no había comenzado la vigencia de la póliza invocada por el llamante en garantía.**

- **Inexistencia de cobertura para reclamaciones pretéritas**

En línea con lo anterior, debe adicionarse que, claramente, las reclamaciones realizadas a la Clínica de Occidente S.A., anteriores a la contratación entre dicha Clínica y mi poderdante, son totalmente ajenas a la cobertura otorgada, pues constituyen hechos (reclamos) pretéritos que no se le trasladaron al asegurador, por lo tanto, teniendo en cuenta que el reclamo efectuado el 04 de mayo de 2016 fue previo al perfeccionamiento del contrato de seguro celebrado entre SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., no deviene cobertura alguna.

- **Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:**

Sin perjuicio de lo indicado, porque en gracia de discusión, sobre las acciones derivadas del contrato de seguro en comento, ha operado el fenómeno extintivo de la prescripción por la senda ordinaria, esto es, de dos (2) años que para el asegurado, que al tenor de lo dispuesto en el artículo 1131 del Código de Comercio²³, se cuenta desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial, en este caso, el 04 de mayo de 2016 cuando se llevó a cabo la Audiencia de conciliación prejudicial,

²³ ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>. <Artículo subrogado por el artículo 86 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> 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.”

concluyendo que la prescripción se configuró el 04 de mayo de 2018 y el presente llamamiento en garantía fue formulado el 16 de diciembre de 2021.

- **No se ha configurado ningún riesgo asegurado:**

Finalmente, en todo caso, debe indicarse que NO existe ningún acto reprochable la Clínica de Occidente S.A., que pueda constituir una falla médica, ya que la única atención por consulta externa, dispensada al demandante, se surtió con el lleno de los requisitos y estándares de calidad y de manera oportuna. De manera que, al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil que pretende endilgarse a los demandados, estamos ante la no realización del riesgo asegurado.

Frente a la pretensión 2): No me opongo a que se resuelva la relación sustancial que convoca a mi representada en este asunto, sin embargo, si advierto que dicha actuación no será necesaria, pues **(i)** la reclamación que se formuló al asegurado por parte de los demandantes, ocurrió por fuera de la vigencia pactada, y **(ii)** se encuentra acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por haber transcurrido más de dos años, desde el momento en el que la víctima formuló reclamación al asegurado y la formulación del llamamiento en garantía a mi representada, conforme lo establece el artículo 1131 del Código de Comercio, por lo que no puede existir condena alguna en su contra.

Sin perjuicio de lo anterior, y en gracia de discusión, para que nazca obligación indemnizatoria a cargo de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., debe acreditarse la responsabilidad civil de la entidad Asegurada y además de ello debe observarse el total cumplimiento de las condiciones pactadas en el contrato de seguros a las cuales se circunscribe estrictamente, y en donde se establecen su ámbito, extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, su vigencia, etc., sin perjuicio de que se haya generado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguros.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

EXCEPCIONES PRINCIPALES

- **AUSENCIA DE COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 0721814-2, DEBIDO A QUE EL PRIMER RECLAMO A LA CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. NO TUVO LUGAR DENTRO SU VIGENCIA, DE MANERA QUE NO SE CUMPLE UNO DE LOS PRESUPUESTOS NECESARIOS PARA QUE OPERE LA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA “RECLAMACIÓN” O “CLAIMS MADE”, BAJO LA QUE FUE PACTADA EL SEGURO**

La modalidad de seguro Claims Made fue introducida a nuestro ordenamiento jurídico por medio del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, en virtud del cual se permitió la expedición de

pólizas cuya cobertura estuviere determinada por la fecha de la reclamación del beneficiario del seguro:

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

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

Sobre la reseñada modalidad de seguro, la Corte Suprema de Justicia ha precisado:

Por su parte, las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso.²⁴

De lo transcrito se colige que cuando un seguro se pacta bajo la modalidad “*claims made*” o “*de reclamación*”, exige que para que se dé aplicación a la cobertura pactada deben concurrir, además de la existencia de responsabilidad civil, el cumplimiento de manera simultánea de los siguientes requisitos: (i) que los eventos que dieron origen al proceso se encuentren dentro de la vigencia o de retroactividad de la póliza y (ii) **que dichos eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.**

En el caso que nos ocupa se tiene que el contrato de seguro documentando en la Póliza 0721814–2, fue pactada bajo modalidad Claims Made, tal y como se evidencia a continuación:

MODALIDAD: Reclamación (claims made) Fecha de retroactividad: 30/09/2010

En consecuencia, para que opere la cobertura de la Póliza No. 0721814–2, **debe acreditarse, además de la existencia de responsabilidad civil, que la primera reclamación por parte de los demandantes, ocasión a los hechos que motivaron el presente litigio, se realizó dentro del periodo de vigencia de los reseñados certificados.**

En este punto, debe tenerse en cuenta que, pese a que los hechos se enmarcan dentro de la retroactividad pactada en dicho contrato de seguro, de ello **no deviene cobertura alguna**, pues conforme a la modalidad en que fue expedida, (CLAIMS MADE), sólo podría afectarse si se cumplen las condiciones señaladas en precedencia, es decir, que los hechos objeto del litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad y que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la mencionada vigencia, sin embargo, tal y como se observa en la prueba documental aportada con la subsanación de la demanda, específicamente la “Constancia de no acuerdo” emitida por el Centro de Conciliación de la

²⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 18 de julio de 2017. Radicación n° 76001-31-03-001-2001-00192-01. M.P. AROLD WILSON QUIROZ MONSALVO

Universidad Santiago de Cali el día 04 de mayo de 2016, la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. fue convocada a audiencia prejudicial por parte de los hoy demandantes, a la cual asistió el Doctor Jorge Humberto Vélez Álvarez en representación de la citada institución, declarándose fallida la diligencia, en virtud de la ausencia de ánimo conciliatorio.

En ese orden de ideas, resulta claro que esa convocatoria constituyó la primera reclamación por parte de los demandantes a la Clínica de Occidente S.A., lo cual conlleva a concluir que la póliza que sirvió de fundamento para la convocatoria de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. no ofrece cobertura, comoquiera que la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera de la vigencia pactada, e incluso, antes de que existiera algún vínculo contractual entre la aseguradora que represento y la Clínica de Occidente S.A., por lo que **no puede existir condena alguna en contra de mí representada.**

Por este motivo, solicito al Despacho que declare probada esta excepción.

- **LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 0721814-2 NO CUBRE LOS HECHOS PRETÉRITOS CUYA OCURRENCIA FUE CONOCIDA POR CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. PREVIO AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO CON SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**

En línea con los argumentos esbozados en la excepción anterior, debe señalarse que si bien en los seguros bajo la modalidad claims made, se permite cubrir hechos bajo una temporalidad determinada conocida como retroactividad, con el requisito de ser conocidos (a través de primer reclamo por parte de la víctima) dentro de la vigencia del seguro (lo cual no se cumple en este caso), más allá de eso, el aseguramiento parte la ausencia de reclamos que previo a la contratación de la póliza, ya se hayan formulado al asegurado, puesto que constituyen eventuales siniestros ya configurados antes de que comience a entrar en vigencia la póliza concertada.

En ese sentido, claramente, las reclamaciones realizadas a la Clínica de Occidente S.A., anteriores a la contratación entre dicha Clínica y mi poderdante, son totalmente ajenas a la cobertura otorgada, pues constituyen hechos (reclamos) pretéritos que no se le trasladaron al asegurador, por lo tanto, teniendo en cuenta que el reclamo efectuado el 04 de mayo de 2016 (del cual Clínica de Occidente S.A. ya tenía conocimiento) fue previo al perfeccionamiento del contrato de seguro celebrado entre SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. y la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., no deviene cobertura alguna.

Por este motivo, solicito al Despacho que declare probada esta excepción.

- **PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO:**

Sin que constituya reconocimiento de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, y pese que no existía contrato de seguro entre mi prohilada y la Clínica de Occidente S.A., para el momento en el los demandantes formularon reclamo al la citada Clínica, y por ende, no podría formularse ninguna acción en contra de Seguros Generales Suramericana S.A., invoco

como excepción la PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO, conforme a lo establecido en los Artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, que a su tenor literal reza:

“(...) Artículo 1081.- 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. (...)”

“ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.”

Ahora bien, antes de descender al caso concreto y a fin de dejar claridad al Despacho respecto a lo consagrado en la referida norma, traigo a colación la Sentencia del 29 de julio de 2015, SC17161-2015, radicación 1500131030022006-00343-01, donde se pronunció la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, en los siguientes términos:

“Así las cosas, el artículo 1131 del Código de Comercio con la modificación realizada por el precitado artículo, señala que “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” (resaltado adrede), de donde al día de hoy y para el seguro de responsabilidad civil, afloran indiscutibles e insoslayables a propósito de la prescripción, dos sub-reglas absolutamente diferenciadas: (i) para la víctima el lapso extintivo discurre desde el hecho externo que estructura el siniestro; y (ii) para la aseguradora a partir de que se le formula la petición judicial o extrajudicial de indemnización por la situación o circunstancia lesiva al tercero.”

Ajustando la norma transcrita, encontramos que en el caso de marras, se encuentra plenamente acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro por la senda ordinaria, esto es, de dos (2) años que para el asegurado, que al tenor de lo dispuesto en el artículo 1131 antes citado, se cuenta desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial, en este caso, el 04 de mayo de 2016 cuando se llevó a cabo la Audiencia de conciliación prejudicial, concluyendo que la prescripción se configuró el 04 de mayo de 2018 y el presente llamamiento en garantía fue formulado el 16 de diciembre de 2021.

Así entonces, observamos que la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. tuvo conocimiento desde que se le notificó la solicitud de conciliación y se emitió la respectiva constancia de no acuerdo, esto es, 04 de mayo de 2016, y desde ese momento comenzó a correr el término de 2 años para ejercer las acciones derivadas del contrato de seguro. No obstante, el llamante solo

formuló la presente convocatoria hasta el 16 diciembre de 2021, momento para el cual habían transcurrido 5 años y 7 meses, es decir, ya había fenecido el plazo que establece la norma transcrita en líneas anteriores.

Es claro entonces que el término de prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro venció el día 04 de mayo de 2018, y el llamamiento a mi procurada se presentó con posterioridad a tal fecha, configurándose entonces el fenómeno jurídico antes descrito.

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

EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

- **NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO, Y POR LO TANTO NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.**

La Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito *sine qua non* la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato.²⁵

En las condiciones generales del contrato de seguro documentado por en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 0721814–2, mi representada, se obligó a cubrir:

COBERTURA PRINCIPAL

Esta cobertura ampara las reclamaciones que le presenten al asegurado, durante la vigencia del seguro, por la responsabilidad civil profesional en que incurra a partir de la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares del mismo, por daños materiales, lesiones personales o muerte causados por un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, farmacéutico o laboratorista legalmente habilitado para ejercerse, dentro de los predios del asegurado especificados en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

Adicionalmente, se ampara las reclamaciones que le presenten al asegurado, durante la vigencia del seguro, por la responsabilidad civil en que incurra a partir de la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares del mismo, por daños materiales, lesiones personales o muerte, derivados de la posesión, el uso o el mantenimiento de los predios que figuran relacionados en las condiciones particulares de esta póliza y en los cuales el asegurado desarrolla y realiza las actividades igualmente descritas en dichas condiciones (predios asegurados). Esto incluye los casos en que el asegurado sea solidariamente responsable por los hechos de sus contratistas o subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados.

En ese sentido, para procurar un correcto entendimiento de la presente excepción, es indispensable que se tenga en cuenta que para que nazca a la vida jurídica el riesgo asegurado, es necesario que se presenten los siguientes eventos:

²⁵ Sentencia 9566 de 22 de julio de 2014, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo

- Un acto médico erróneo u omisión culposa del personal médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, que genere responsabilidad civil frente a terceros.
- Que dichos actos erróneos u omisión culposa se realicen en las instalaciones de la institución asegurada.
- Que el acto médico erróneo u omisión culposa ocurra dentro de la vigencia de la póliza, esto es, entre el 30 de septiembre de 2020 y el 30 de septiembre de 2021 o dentro del periodo de retroactividad pactado, es decir, desde el 30 de septiembre de 2010.
- Que el reclamo por los hechos, actos u omisiones culposas sea realizado durante la vigencia de la póliza, esto es, entre el 30 de septiembre de 2020 y el 30 de septiembre de 2021.

De lo expuesto en precedencia, es menester aclarar, tal y como se ha venido explicando, que en el caso de autos no se vislumbran los elementos que imperativamente deben configurarse para una eventual declaratoria de responsabilidad, esto es, una acción u omisión por parte del personal médico de la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., un daño y un nexo causal. Además de ello, es menester recordar que la responsabilidad médica se encuentra construida a partir de obligaciones de medio y no de resultado. De esta forma, si en un proceso judicial se logra corroborar la debida diligencia del asegurado, situación que sí se presentó en el caso que nos atañe, evidentemente no se podrá hacer efectiva la póliza de seguro.

Así pues, se concluye que al no reunirse los supuestos para que se configure la responsabilidad civil que pretende endilgársele a la institución demandada, estamos ante la no realización del riesgo asegurado amparado por la Póliza que sirvió como sustento de la vinculación de mi representada y en tal sentido, no surge obligación indemnizatoria alguna a cargo de la aseguradora.

Solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

- **LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA QUE ENMARCAN LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES.**

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 0721814–2, sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado mediante el contrato de seguro en ella documentado y que en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A, exclusivamente bajo esta hipótesis, el Señor Juez deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores; por supuesto sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En suma, las Condiciones Generales de las Pólizas son el resultado de la individualización de los riesgos asumidos por el asegurador en ejercicio de su objeto social de comercializar seguros, constituyéndose en la piedra angular del negocio jurídico aseguraticio, en la medida que delimita los riesgos bajo el principio de la liberalidad en la asunción de los mismos, de tal suerte que, de no individualizarse los riesgos, el seguro no tendría sentido alguno puesto que no gozaría de viabilidad técnica, jurídica y económica. Es decir, no puede exigírsele a una Compañía de Seguros asumir, en términos generales, la asunción de riesgos de manera indiscriminada y a responder por la materialización de ellos cualquiera sea su fuente, objeto,

lugar o momento en que acaezcan, de manera que las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro y los amparos otorgados y visibles en la carátula de la póliza, son, exclusivamente, los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento.

En este orden de ideas, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A no estará llamada a pagar cifra que exceda el monto del daño que efectivamente se logre demostrar, aunque el valor que se encuentre asegurado fuese mayor. Por ende, los demandantes no podrán de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada, que en este caso resulta ser la siguiente, para los amparos que a continuación se relacionan:

COBERTURAS DE LA PÓLIZA	
COBERTURA	VLR. ASEGURADO
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS	1.500.000.000

Significa lo anterior que el límite asegurado para el amparo de Responsabilidad Civil Profesional (RC Profesional) como consecuencia de un acto médico es de \$ 1.500.000.000, valor que representa la suma máxima por la cual el asegurador será responsable por todo concepto de indemnización, costas, gastos, intereses, honorarios, etc.

Pero, además, bajo el hipotético supuesto que se acaba de mencionar, se deberá tener en cuenta que la suma asegurada en la póliza que nos ocupa se puede reducir en proporción a la indemnización pagada con ocasión a otros procesos judiciales o reclamaciones donde se afecte la misma vigencia. Por ende, me reservo el derecho de informar cualquier otra demanda o reclamación que se llegare a presentar en virtud del contrato de seguros suscrito, así como de los desembolsos que afectando tal vigencia llegare a realizar mi representada:

Conforme a los anteriores fundamentos, solicito a este Despacho declarar probada esta excepción y, consecuentemente, determinar que sin perjuicio de que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 0721814–2, invocada por quien llamó en garantía a mi representada no ampara los hechos alegados en la demanda al no haberse realizado el riesgo asegurado por medio del contrato de seguro documentado en dicha póliza, en todo caso dicha póliza contiene unos límites de valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Despacho en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

Por todo lo anterior, comedidamente solicito señor juez declarar probada esta excepción.

- **EXISTENCIA DE DEDUCIBLE EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 0721814–2**

En el hipotético o remoto evento en que mi procurada sea condenada al pago de suma dineraria alguna, debe descontarse el deducible correspondiente que se haya pactado en la póliza en cuestión de la condena en contra de mi representada, que, en este caso, como bien se establece en el condicionado general y particular de la póliza el cual obra en el expediente, corresponde al siguiente valor:

DEDUCIBLES: Aplicables a toda y cada pérdida:

Gastos de Defensa: 10% mínimo COP \$12.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.
Demás eventos:
Reclamos con retroactividad de 1 a 7 años: 10% mínimo COP \$60.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.
Reclamos con retroactividad de 8 a 10 años: 15% mínimo COP \$80.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

Conforme a los anteriores fundamentos, solicito a este Despacho declarar probada esta excepción y, consecuentemente, determinar que sin perjuicio de que en virtud del condicionado particular y general de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica para Instituciones Médicas No. 0721814-2, no se realizó el riesgo asegurado, en dicha póliza se pactó un deducible que debe ser tenido en cuenta por el Despacho, y en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada, el mismo deberá ser asumido por el Asegurado, esto es, por CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A.

- **LAS EXCLUSIONES DE AMPARO EXPRESAMENTE PREVISTAS EN EL LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 0721814-2**

Se propone ésta excepción, toda vez que en las condiciones particulares de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 0721814-2, se establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella. En efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio aseguraticio.

Ahora bien, tal como lo señala el Artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

“(...) Art. 1056.- Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”.

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

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

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

- **EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES**

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente mencionar que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencional o legal. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato según

su texto literal, y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, siendo éste el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en particular, en su Art. 1079 establece “.... El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada.”.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc. Al respecto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por la convocada, los valores asegurados para cada uno de los amparos, etc.

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

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

Respetuosamente solicito declarar probada la presente excepción.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA**

Corolario de lo expuesto en las excepciones planteadas anteriormente, una remota condena en contra de mi procurada generaría un rubro a favor de la que llama en garantía que no tiene justificación legal o contractual alguna, lo que se traduciría en un enriquecimiento sin causa, figura prohibida en nuestra legislación.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

- **GENÉRICA O INNOMINADA**

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de prescripción

OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRUEBAS APORTADAS POR LA PARTE ACTORA

FRENTE AL DICTAMEN PERICIAL APORTADO CON LA DEMANDA

De conformidad con lo establecido en el artículo 228 del Código de General del Proceso que establece lo concerniente a la **CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL**, respetuosamente solicito al Despacho se sirva citar al Doctor Jorge Mario Rincón Guzmán, médico, especialista en urología, para que en audiencia pública absuelva bajo juramento, el interrogatorio que formularé en la oportunidad procesal respectiva, verbalmente o de acuerdo al cuestionario escrito que presentaré al despacho, acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen pericial aportado por la parte demandante.

PRUEBAS

- **DOCUMENTALES**

Solicito se tengan como tales las siguientes:

1. Poder a mí conferido que me faculta para representar a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., en todos los trámites inherentes al presente proceso, que ya obra en el expediente.
2. Copia del certificado de Existencia y Representación Legal de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., que ya obra dentro del expediente.
3. Copia de la Carátula de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 0721814-2, tomada por Clínica de Occidente S.A.
4. Condiciones Particulares (slip) de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 0721814-2.
5. Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 0721814-2, formato F -01-13-053.
6. “Constancia de no acuerdo” emitida por el Centro de Conciliación de la Universidad Santiago de Cali el día 04 de mayo de 2016, por medio de la cual se observa la convocatoria que la parte actora formuló a la CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A., la cual obra en expediente, por haber sido aportada con la subsanación de la demanda.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a la totalidad de los DEMANDANTES, para que en audiencia pública absuelvan el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, le formularé sobre los hechos de la demanda.

- **TESTIMONIALES**

Ruego fijar fecha y hora para que se recepcione el testimonio de la Doctora KELLY ALEJANDRA PAZ, mayor de edad y vecina de Cali, asesora externa de mi representada, quien podrá citarse en la Calle 4 No.75-71, Apto.515 Torre 4, Conjunto Bocana Real, en la ciudad de Cali, asesora externa de mi representada, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, y en especial para que

deponga sobre la modalidad de cobertura de la póliza expedida por Seguros Generales Suramericana S.A.

Ruego fijar fecha y hora para que se recepcione el testimonio del Doctor JUAN CARLOS VELASCO ROBLES, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.538.350, médico especialista en urología que atendió al señor MANCIPE LÓPEZ en consulta externa el 29 agosto de 2013, con el fin de que manifieste al Despacho los pormenores de la atención brindada al entonces paciente. El Doctor Velasco Robles puede ser notificado en la Calle 18 N No. 5-34 de Cali.

- **DECLARACIÓN DE PARTE**

En virtud de lo establecido en el artículo 198 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal de Seguros Generales Suramericana S.A. a fin de que sea interrogado sobre los hechos relacionados con el proceso.

- **DICTAMEN PERICIAL**

Comedidamente anuncio que me valdré de prueba pericial de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 226 y 227 del C.G.P., para demostrar que la atención médica y la conducta observada por el doctor JUAN CARLOS VELASCO ROBLES, médico especialista en urología, adscrito a la Clínica de Occidente S.A., quien en consulta externa atendió al señor LUIS ALBERTO MANCIPE el 29 de agosto de 2013, se cumplió de manera acorde y ceñida a los protocolos de atención que le eran exigibles; igualmente, en la pericia se demostrará que no hay ningún hecho iatrogénico en lo surtido en la Clínica de Occidente S.A.; de otro lado en el dictamen se establecerá, técnicamente, como la patología que padecía el señor Mancipe López, efectivamente, había sido tratada de tal manera y durante tanto tiempo, antes de la consulta en la Clínica de Occidente S.A., que para la fecha de la misma, era completamente irreversible el efecto de la torsión testicular no atendida en la IPS que previamente estuvo encargada, por haber sido a la que acudió originalmente el demandante, desde el 31 de julio de 2013; comoquiera que, ese tipo de problema de salud, debe ser atendido, ordinariamente de manera quirúrgica, en un tiempo que no exceda las horas iniciales después de la aparición de los síntomas, ya que a la Clínica de Occidente S.A. sólo acudió casi un mes después de la presencia de los primeros síntomas; y para el efecto, en el peritazgo también se establecerá, qué sucede si el paciente que sufre una torsión testicular no es atendido en ese breve lapso, de escasas horas, inferior a un día, que consecuencias trae no hacerlo.

Con el propósito de la práctica de esta prueba, además de los documentos que obran en el expediente, se requiere el examen del paciente y de los demás documentos de su historia clínica, anterior a la aparición de esos síntomas y la posterior a la cirugía que le fue practicada.

En consecuencia, debido a que no me es posible aportar la prueba pericial con este escrito, dada su complejidad, entre otras cuestiones técnicas y científicas, solicito comedidamente al señor Juez, se decrete y se ordene al paciente someterse al examen físico anteriormente señalado y seguidamente se me conceda el término de un mes para la producción de la experticia.

- **INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS**

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

NOTIFICACIONES

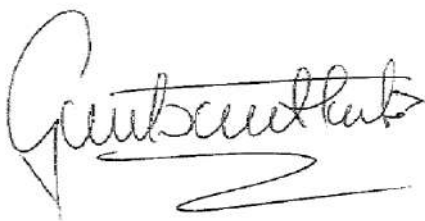
La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

La parte convocante, en el lugar indicado en el escrito de Llamamiento en Garantía.

Mí representada, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. en la Calle 64 Norte # 5 BN- 146 Oficina 101 C de la ciudad de Cali. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@sura.com.co

El suscrito en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212, de la ciudad de Cali, o en la Secretaría de su Despacho. E-mail: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gustavo Alberto Herrera Ávila', with a stylized flourish at the end.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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



INFORMACIÓN GENERAL			
Ciudad y fecha de cotización SANTIAGO DE CALI SEP 11 DE 2020	Oficina de radicación GRAN EMPRESA OCCIDENTE	Número de cotización	Documento de
Vigencia del seguro Desde 24:00 Horas del 30/09/2020	Hasta 24:00 Horas del 30/09/2021	Vigencia del movimiento Desde 24:00 Horas del 30/09/2020	Hasta 24:00 Horas del 30/09/2021
Actividad CLINICA	Moneda PESOS COLOMBIANOS		

ASESOR	
Nombre WILLIS COLOMBIA S.A. 50% Y BELLINI ANGEL ASESORES 50%	Código 5541

TOMADORES				
Nombre CLINICA DE OCCIDENTE	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 890.300.513-3	Segmento GRAN EMPRESA	Dirección de correspondencia CALLE 18N # 5N-34

SOLUCIÓN
Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales

ASEGURADO
CLINICA DE OCCIDENTE

BENEFICIARIO
Tercero Afectado

UBICACIÓN DE LOS PREDIOS:

CLLE 18 N NO.5 N - 34 CALI -CLINICA
 AV 5 N NO.17 N 93 CALI EDIFICIO ADMINISTRATIVO
 CALLE 19 NORTE NO. 5 49 BARRIO VERSALLES - CALI
 Avenida 5 norte # 17-60 / 17-62 / 17-64 / 17-66 / 17-76 /17-78 (sede CAMIAS) Cali
 Avenida 5 #18N-02 Cali
 Avenida 5 A # 18N-27 (sede de mantenimiento) Cali
 Avenida 5A # 18N-37 (Casa norte). Cali
 Avenida 5 A # 18N-31
 Cra 9 No 52-130 Flora Industrial Bodega No 5
 Carrera 7 No 40-62, Bogotá, Colombia
 Casa del Pollo" Avenida 5 Norte # 17-60
 Edificio "Las Camias" Avenida 5 Norte 17-64, 66, 72
 Edificio donde funciona Almacén - Archivo Central Avenida 5 Norte 17-16 (nomenclatura actual 17-76/78)

LÍMITE ASEGURADO

Col\$1.500.000.000 Evento/Vigencia

Grupo A	Grupo B
583	201

- Anestesiólogos
- Especialista Cirugía
- Demás Médicos
- Camas

NOTA

Médicos Grupo A: Con relación laboral

Médicos Grupo B: Adscritos ó autorizados

MODALIDAD: Reclamación (claims made) Fecha de retroactividad: 30/09/2010

AMPAROS OPCIONALES:

- **Responsabilidad Civil Patronal:** Sublímite por persona de Col\$25.000.000 y por evento/ vigencia de Col\$225.000.000.
- **Responsabilidad Civil vehículos al servicio del asegurado:** Sublímite por persona de Col\$25.000.000 y por evento/ vigencia de Col\$225.000.000.

Prioridad en caso de inexistencia de SOAT o póliza de Responsabilidad Civil del vehículo con un límite asegurado superior a 136 SMMLV: 136 SMMLV.

- **COBERTURA PARA PERIODO ADICIONAL PARA NOTIFICACIONES** según texto Sura.

CLÁUSULAS ADICIONALES

- Constituyen un solo siniestro el acontecimiento o serie de acontecimientos dañosos debido a una misma causa originaria, con independencia del número de reclamantes, reclamaciones formuladas o personas legalmente responsables.
- Ampliación del término de revocación de la póliza a **treinta (30)** días calendario.
- Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a **diez (10)** días.
- Amparo automático para nuevos predios y operaciones siempre y cuando se lleven a cabo las mismas actividades del Asegurado. Aviso a **treinta (30)** días.
- El término lesiones personales se entiende como lesiones corporales.
- Se aclara que los eventos en los cuales exista un derecho de petición para solicitar historias clínicas por parte de los usuarios no son tomados como una notificación extrajudicial; debido a que la mayoría de los casos se hacen para diferentes trámites como: cobrar seguro exequias, trámite de pensiones, auxilios médicos, valoraciones de otros médicos, entre otros.
- Cláusula de Arbitramento, con sede en la ciudad de domicilio del asegurado.
- Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por Sura.

EXCLUSIONES: Además de las Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza se establecen las siguientes:

- Cualquier daño, pérdida o reclamación directa o indirectamente relacionada con daños causados por enfermedades infecciosas o contagiosas (epidemias/pandemias).
- Se excluye cualquier reclamación por enfermedad profesional.
- Se excluye la Responsabilidad Civil de Administradores y Directores (D&O).
- Daños genéticos, cualquier siniestro proveniente de contaminación directa o indirecta con sangre infectada, como por ejemplo con el virus tipo VIH causante del SIDA, HEPATITIS, etc.

- Pérdida patrimonial pura.
- Reclamos formulados en el exterior.
- Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con Hepatitis C
- Reclamaciones como 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.
- Reclamaciones relacionadas con la operación de bancos 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.
- Reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.
- Reclamaciones por gastos médicos en los que incurra el propio asegurado.

PRIMA ANUAL: (Sin IVA) Col\$190.000.000

NOTA: Los retiros no da lugar a devolución de primas.

DEDUCIBLES: Aplicables a toda y cada pérdida:

Gastos de Defensa: 10% mínimo COP \$12.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

Demás eventos:

Reclamos con retroactividad de 1 a 7 años: 10% mínimo COP \$60.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

Reclamos con retroactividad de 8 a 10 años: 15% mínimo COP \$80.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.

CONDICIÓN DE LA PÓLIZA: Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por la institución asegurada.

CONDICIONES PARTICULARES

- Por el pago de un siniestro, **NO** se acepta el restablecimiento del límite asegurado en forma automática.
- Requisitos para Circular 005 de 1998 de la Superfinanciera.
- **Los valores especificados como límites y/o sublímites**, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.
- **Deducibles pactados en dólares**, serán liquidados a la tasa de cambio representativa del mercado del día del siniestro.
- **Suramericana al 100%**

ASESORES				
Código	Nombre del asesor principal	Líder ✓	Participación	Comisión ponderada
5541	WILLIS COLOMBIA S.A		50%	
	BELLINI ANGEL ASESORES		50%	

COASEGURADORA		
Código	Porcentaje	Líder

CONDICIONES GENERALES

DATOS DE LAS CONDICIONES GENERALES APLICABLES					
Solución	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación de la proforma
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE CLINICAS Y HOSPITALES	01/06/2009	13 - 18	P	06	F-01-13-053

Pago de las primas: El plazo para el pago de la prima será de 75 días entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de expedición la más reciente.

Forma de pago

- Anual

Modalidad de pago: Anticipado

Fecha (s) acordada para el pago (según forma de pago)

Frecuencia ajuste

- Anual

Medio de pago

- Pago express (PSE – Código de Barras)
- Recaudo en línea
- Débito automático al tomador
- Transferencia

GLOSARIO

- **SMMLV:** Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
- **SMDLV:** Salario Mínimo Diario Legal Vigente

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.



.....

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA CLINICAS Y HOSPITALES

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

INDICE

SECCIÓN I

COBERTURA PRINCIPAL3

EXCLUSIONES GENERALES.....3

EXCLUSIONES PROPIAS DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.....4

COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA.....4

EXCLUSIONES4

SECCIÓN II

CONDICIONES QUE APLICAN A TODAS LAS COBERTURAS4

LÍMITES MÁXIMOS DE INDEMNIZACIÓN.....4

DEFINICIONES.....4

CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.....5

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.....5

PROCEDIMIENTO DEL ASEGURADO O TERCERO DAMNIFICADO EN CASO DE SINIESTRO.....5

TÉRMINOS PARA SOLICITAR EL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN5

PAGO DE LA PRIMA Y TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO POR MORA.....5

FECHA DE RETROACTIVIDAD.....6

PAGO DE SINIESTROS6

REVOCACIÓN DEL SEGURO6

DOMICILIO.....6

SECCIÓN III

COBERTURAS OPCIONALES6

1. COBERTURA DE RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR6

EXCLUSIONES.....6

2. COBERTURA PARA PERIODO ADICIONAL PARA NOTIFICACIONES.....6

3. COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS CAUSADOS CON VEHÍCULOS AL SERVICIO DEL ASEGURADO.....6

EXCLUSIONES7

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA
DE ECONOMÍA

Campo	1	2	3	4	5
Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la Entidad	Tipo de Documento	Ramo al cual accede	Identificación de la proforma
Formato	01/06/2009	13 - 18	P	06	F-01-13-053

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLINICAS Y HOSPITALES

Estas condiciones generales contienen las coberturas, exclusiones, definiciones y demás condiciones que aplican al seguro de responsabilidad contratado.

SECCIÓN I
COBERTURA PRINCIPAL

Esta cobertura ampara las reclamaciones que le presenten al asegurado, durante la vigencia del seguro, por la responsabilidad civil profesional en que incurra a partir de la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares del mismo, por daños materiales, lesiones personales o muerte causados por un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, farmacéutico o laboratorista legalmente habilitado para ejercerse, dentro de los predios del asegurado especificados en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

Adicionalmente, se ampara las reclamaciones que le presenten al asegurado, durante la vigencia del seguro, por la responsabilidad civil en que incurra a partir de la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares del mismo, por daños materiales, lesiones personales o muerte, derivados de la posesión, el uso o el mantenimiento de los predios que figuran relacionados en las condiciones particulares de esta póliza y en los cuales el asegurado desarrolla y realiza las actividades igualmente descritas en dichas condiciones (predios asegurados). Esto incluye los casos en que el asegurado sea solidariamente responsable por los hechos de sus contratistas o subcontratistas a su servicio, en desarrollo de las actividades para las cuales fueron contratados.

EXCLUSIONES GENERALES

No estará cubierta la responsabilidad del asegurado cuando, directa o indirectamente:

1. Los perjuicios se deriven del incumplimiento de las obligaciones de un contrato, excepto aquellas amparadas en la póliza. Esta exclusión no comprende las obligaciones de seguridad a cargo del asegurado, entendiéndose por estas el deber jurídico de preservar la integridad física del beneficiario del servicio o contrato, así como la integridad física de sus bienes.
2. Se derive de pactos que comprometan la responsabilidad civil del asegurado más allá de lo establecido en el régimen legal, como también responsabilidades ajenas en que el asegurado por convenio o contrato se comprometa en la sustitución del responsable original.
3. Los perjuicios se deriven de una contaminación paulatina.
4. Los perjuicios se deriven de una infección o enfermedad padecida por el asegurado o sus representantes, así como de enfermedades de animales pertenecientes al asegurado, suministrados por él o por los cuales sea legalmente responsable.
5. Los perjuicios se deriven de la inobservancia o la violación deliberada de una obligación determinada impuesta por reglamentos o por instrucciones emitidas por cualquier autoridad, así como la violación de estipulaciones contractuales.
6. Los perjuicios se deriven de asbestosis o amiantosis.
7. Los perjuicios se deriven de enfermedades profesionales.
8. Los perjuicios se deriven de la acción lenta o continuada de temperaturas, gases, vapores, humedad, sedimentación o desechos (humo, hollín, polvo y otros), hundimiento de terreno o movimiento de tierra y vibraciones.
9. Los perjuicios sean causados por aeronaves o embarcaciones.
10. Los daños sean causados a los bienes objeto de los trabajos ejecutados o servicios prestados por el asegurado o cuando estos bienes desaparezcan o sean hurtados.

11. Los daños sean causado a bienes ajenos que el asegurado tenga bajo su control, cuidado o custodia o cuando estos bienes desaparezcan o sean hurtados.
12. La indemnización tenga un carácter sancionatorio y no indemnizatorio, incluyendo los daños punitivos (punitive damages), daños por venganza (vindictive damages), daños ejemplarizantes (exemplary damages) u otros de la misma naturaleza.
13. Los perjuicios se deriven de encefalopatía espongiforme transmisible o bovina o enfermedad de Creutzfeld – Jacob (CJD), conocida como “enfermedad de las vacas locas”.
14. Los perjuicios se deriven de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpado, asonada, conmoción civil o popular de cualquier clase, huelga, conflicto colectivo de trabajo o suspensión de hecho de labores, motín, daño malicioso, vandalismo o terrorismo.

Para los efectos de esta exclusión, por terrorismo se entenderá todo acto o amenaza de violencia, o todo acto perjudicial para la vida humana, los bienes tangibles e intangibles o la infraestructura, que sea hecho con la intención o con el efecto de influenciar cualquier gobierno o de atemorizar el público en todo o en parte.

15. Se causen daños genéticos a personas o animales.
16. Los perjuicios se deriven de organismos genéticamente modificados (OGM) o de su manipulación o de un producto suyo o de un producto integrado en parte por un OGM.
17. Los perjuicios se deriven de la existencia, inhalación o exposición a cualquier tipo de fungosidad o espora.
18. Los perjuicios se deriven de la pérdida, modificación, daño o reducción de la funcionalidad, disponibilidad u operación de un sistema informático, hardware, programa, software, datos, almacenamiento de información, microship, circuito integrado o un dispositivo similar en equipos informáticos y no informáticos, excepto cuando este sea ocasionado por un daño material.
19. Los perjuicios se deriven de desaparición, hurto simple y hurto calificado o agravado.
20. Los perjuicios se deriven de dioxinas, clorofenoles o cualquier producto que los contenga.
21. Los perjuicios se deriven del daño ecológico puro, es decir, de aquel que se ocasiona a los recursos naturales o ecológicos en general, que no pertenecen a un individuo o individuos en particular.
22. Los perjuicios se deriven de la propiedad, posesión o uso de, aparatos y tratamientos médicos con fines diferentes de diagnóstico o de terapéutica.
23. Perjuicios patrimoniales puros, es decir, que no sean consecuencia directa de un daño material, lesión personal y/o muerte.
24. Los daños materiales, lesiones personales o muerte ocurran por fuera del territorio de la república de Colombia.
25. Los daños materiales, lesiones personales o muerte sean ocasionados por vehículos, sean propios o no propios.
26. Los perjuicios se deriven de la muerte o lesiones personales causadas a sus empleados como consecuencia de accidentes de trabajo que estos sufran por culpa suficientemente comprobada del asegurado.

27. Los perjuicios se deriven de desaparición, hurto simple y hurto calificado o agravado.

EXCLUSIONES PROPIAS DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:

No estará cubierta la responsabilidad del asegurado cuando, directa o indirectamente:

- 1. Los daños se deriven del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. En caso de la cirugía plástica o tratamientos estéticos, solamente se otorga cobertura en casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas. En todo caso, quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.
- 2. Los perjuicios se deriven de servicios profesionales médicos proporcionados bajo la influencia de bebidas embriagantes, intoxicantes, estupefacientes o narcóticos.
- 3. Los perjuicios se ocasionen a personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios relacionados en las condiciones particulares y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de:
 - a. Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materiales cubiertos por la póliza.
 - b. Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.
- 4. Perjuicios derivados de una infección con el virus tipo HIV (sida) o reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con hepatitis c.
- 5. Los perjuicios derivados de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios. No obstante lo anterior, quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención necesaria y patológicamente indicada.
- 6. Los perjuicios sean ocasionados durante la prestación de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación del secreto profesional y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesión o daño causado por el tratamiento necesario a un paciente.
- 7. Los perjuicios sean causados por la aplicación de anestesia general o que se presenten mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si este procedimiento no fue llevado a cabo en una clínica o un hospital acreditado para dicho fin.

SECCIÓN II
CONDICIONES QUE APLICAN A TODAS LAS COBERTURAS

LÍMITES MÁXIMOS DE INDEMNIZACIÓN

- 1. La responsabilidad de Suramericana bajo este seguro en ningún caso excederá el límite fijado en la carátula y en las condiciones particulares como "límite agregado por vigencia"; de igual forma, para un mismo siniestro, no excederá el límite fijado en las mismas como "límite por evento".
- 2. Los sublímites establecidos para cada cobertura de este seguro serán parte del límite asegurado, y no valores adicionales a dicho límite.
- 3. El pago de cualquier indemnización por parte de Suramericana reducirá, en el monto pagado, su límite de responsabilidad bajo este seguro.

DEFINICIONES

- 1. **Deducible:** Es la suma fija o porcentaje que se deduce del monto de cada indemnización que deba pagar Suramericana y que por lo

- 8. Los daños, lesiones personales y/o muerte sean causados por la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización de la autoridad competente.
- 9. Por reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y/o no se fije claramente la cuantía de la indemnización.
- 10. Los perjuicios se deriven 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.
- 11. Las reclamaciones relacionadas con la operación de bancos 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.

COBERTURA DE GASTOS DE DEFENSA

Esta cobertura ampara los gastos en que deba incurrir el asegurado para defenderse de cualquier reclamación que le presente un tercero por alguna de las responsabilidades amparadas por este seguro.

Por gastos de defensa se entiende los honorarios, costas y expensas razonables y necesarias en los que, con el previo consentimiento escrito de Suramericana, se incurra para la negociación de acuerdos o defensa de cualquier reclamación de responsabilidad civil o patronal, sea judicial o extrajudicial, adelantada por un tercero en contra el asegurado, fuere esta fundada o infundada.

Esta cobertura reemplaza la cobertura de costos del proceso establecida en el artículo 1128 del Código de Comercio.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contempladas para todas las coberturas anteriores, queda excluida de la cobertura del presente amparo los gastos de defensa cuando el asegurado afronte el proceso en contra de orden expresa de Suramericana.

tanto siempre queda a cargo del asegurado. El deducible aplica a todos las coberturas de este seguro, salvo a la cobertura de gastos médicos.

- 2. **Organismos genéticamente modificados (OGM):** Son los organismos o microorganismos, o las células o los orgánulos celulares, o toda unidad biológica o molecular con potencial de autoreplicación de los que se hayan obtenido organismos genéticamente modificados o que hayan sido sometidos a un proceso de ingeniería genética que tuvo como resultado su cambio genético.
- 3. **Siniestro:** toda reclamación que le presenten al asegurado, durante la vigencia del seguro, por una responsabilidad civil cubierta por el mismo, en que incurra dentro del periodo de retroactividad indicado en las condiciones particulares del seguro, por daños materiales, lesiones personales o muerte causados a terceros.

4. Reclamación:

- Requerimiento por escrito presentado por un tercero cuya intención sea establecer la responsabilidad del Asegurado por las consecuencias de un evento cubierto bajo la presente póliza.
- Toda solicitud de conciliación prejudicial, demanda o proceso por la comisión de un evento cubierto bajo la presente póliza, iniciado por un Tercero en contra del Asegurado o en contra de SURAMERICANA en ejercicio de la acción directa consagrada en el artículo 1133 del Código de Comercio, en la jurisdicción civil, administrativa o arbitral, para obtener una indemnización de perjuicios.
- Cualquier proceso penal iniciado en contra del Asegurado o al que éste sea vinculado por la comisión de un evento cubierto bajo la presente póliza, sujeto a las limitaciones que se establecen en las condiciones y Exclusiones de esta póliza.

Respecto de hechos constitutivos de un eventual Siniestro que el Asegurado hubiese conocido e informado por escrito a SURAMERICANA durante la Vigencia de la póliza o del **Período Adicional para Notificaciones**, de los que razonablemente se espere que pudieren dar origen a una Reclamación y que efectivamente den con posterioridad origen a la misma, ésta se considerará presentada en el momento en que tales hechos hayan sido informados por primera vez, siempre que la información suministrada a SURAMERICANA especifique con claridad los motivos para prever que la Reclamación será presentada, con indicación detallada de las razones para ello, así como de fechas, circunstancias y personas involucradas.

5. **Fecha de retroactividad:** Es la fecha a partir de la cual se entenderán amparados los siniestros ocurridos que el asegurado no haya conocido o debido conocer a la fecha de inicio de la primera Vigencia de la póliza.
6. **Perjuicios:** Son los perjuicios patrimoniales, tales como lucro cesante y daño emergente, y los perjuicios extrapatrimoniales, tales como daño moral, daño a la salud, perjuicios fisiológicos, entre otros, sufridos por el tercero a raíz del evento que da origen a la responsabilidad del asegurado.

No se consideran perjuicios y, por lo tanto, no están amparadas por este seguro las indemnizaciones que deba hacer el asegurado y que tengan carácter sancionatorio y no indemnizatorio, incluyendo los daños punitivos (punitive damages), daños por venganza (vindictive damages), daños ejemplarizantes (exemplary damages) u otros de la misma naturaleza.

CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal sentido, uno u otro deberán notificar por escrito a Suramericana cualquier modificación del estado del riesgo asegurado dentro del término y las condiciones establecidas por la ley, so pena de la terminación del contrato de seguro y, en caso de mala fe del asegurado, retención de la prima.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de ocurrir un siniestro, el asegurado deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Emplear toda la diligencia y cuidado para evitar la extensión, propagación o agravación del siniestro. Igualmente se obliga a atender las instrucciones e indicaciones que Suramericana le dé, en relación con esos mismos cuidados.
2. Informar a Suramericana, con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. En caso de que dolosamente el asegurado incumpla esta obligación, le acarreará la pérdida del derecho a la prestación

asegurada, según lo dispuesto en el artículo 1076 del Código de Comercio.

3. Informar a Suramericana dentro de los cinco días siguientes a la fecha de su conocimiento, toda reclamación judicial o extrajudicial de terceros damnificados o de sus causahabientes. Tratándose de una reclamación judicial el asegurado tendrá la obligación de contestar la demanda que le promuevan en cualquier proceso y que pudiere ser causa de indemnización bajo este seguro, obligándose a llamar en garantía a Suramericana, a efectos de que intervenga en el proceso.
4. En caso de que el tercero damnificado le exija directamente a Suramericana una indemnización por los daños ocasionados por el asegurado, este deberá proporcionar toda la información y pruebas que Suramericana solicite con relación a la ocurrencia y la cuantía del hecho que motiva la acción del tercero reclamante.

Si el asegurado incumpliere las obligaciones que le corresponden en caso de siniestro, Suramericana podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

PROCEDIMIENTO DEL ASEGURADO O TERCERO DAMNIFICADO EN CASO DE SINIESTRO

Al formular una reclamación, para facilitar el proceso de atención del evento se debe suministrar a Suramericana la siguiente información:

1. Informe en el cual consten las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos en donde se estimen y se discriminen los perjuicios reclamados.
2. En caso de muerte, esta y la calidad de causahabiente se probará con copia del certificado de registro civil, o con las pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley.
3. En caso de reclamación por lesiones corporales o de incapacidad permanente, aportar las certificaciones expedidas por cualquier entidad médica, asistencial, u hospitalaria debidamente autorizadas para funcionar.
4. Anexar la denuncia ante la autoridad competente, si es pertinente.

Si con los anteriores soportes no se acreditan la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, el asegurado o el reclamante deberán aportar las pruebas que conforme a la ley sean procedentes e idóneas para demostrar dicha ocurrencia y cuantía. Suramericana está en la obligación de dar a conocer oportunamente al asegurado o al reclamante la no acreditación del siniestro y la cuantía del mismo con el fin de que estos aporten la documentación pertinente.

TÉRMINOS PARA SOLICITAR EL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN

De acuerdo con lo establecido en los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, el asegurado contará con dos años para reclamarle a Suramericana el pago de una indemnización, contados a partir del momento en que conoce o debe tener conocimiento de la reclamación judicial o extrajudicial de la víctima.

La víctima contará con cinco años contados a partir del momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado cuando decida reclamarle directamente a Suramericana.

PAGO DE LA PRIMA Y TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO POR MORA

La prima se deberá pagar, a más tardar, a los 45 días calendarios siguientes a la entrega de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. El incumplimiento de esta

obligación producirá la terminación automática del contrato de seguro y dará derecho a Suramericana para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

FECHA DE RETROACTIVIDAD

Fecha a partir de la cual se entenderán amparados los Siniestros ocurridos que el asegurado no haya conocido o debido conocer a la fecha de inicio de la primera Vigencia de la póliza.

PAGO DE SINIESTROS

Suramericana pagará las indemnizaciones pertinentes, según las condiciones del seguro, cuando se acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

SECCIÓN III
COBERTURAS OPCIONALES

El asegurado estará cubierto por cualquiera de las siguientes coberturas siempre que se contraten expresa y específicamente y que se encuentren consignadas en las condiciones particulares de este seguro.

1. COBERTURA DE RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR

Esta cobertura ampara la responsabilidad en que incurra el asegurado, durante la vigencia del seguro, por muerte o lesiones personales causadas a sus empleados como consecuencia de accidentes de trabajo que estos sufran por culpa suficientemente comprobada del asegurado.

También está cubierta la responsabilidad en que incurra el asegurado, durante la vigencia del seguro, por muerte o lesiones personales causadas a empleados de sus contratistas y subcontratistas como consecuencia de accidentes de trabajo que aquellos sufran siempre y cuando el asegurado sea solidariamente responsable.

La presente cobertura opera en exceso o en adición de las prestaciones sociales que por accidentes de trabajo establece el código laboral o el régimen de riesgos profesionales del sistema de seguridad social o cualquier otro seguro obligatorio que haya contratado o debido contratar el asegurado para el mismo fin.

Para efectos de este amparo se entiende por empleado las personas vinculadas al asegurado mediante contrato de trabajo y quienes sin serlo, realicen prácticas o investigaciones en sus establecimientos como estudiantes. No son investigados aquellas personas vinculadas mediante contratos diferentes a los mencionados.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contempladas para la cobertura de responsabilidad en predios y por operaciones, no estará cubierta la responsabilidad del asegurado cuando, directa o indirectamente:

- A. Los perjuicios se deriven de enfermedades profesionales, enfermedades endémicas o enfermedades epidémicas.
- B. Se trate de daños o lesiones de compresión repetida o derivados de sobreesfuerzos.
- C. El accidente de trabajo haya sido provocado deliberadamente o con culpa grave del empleado.
- D. Se origine en el incumplimiento de las obligaciones de tipo laboral, ya sean contractuales, convencionales o legales, diferentes a las que originan la responsabilidad del empleador por accidentes de trabajo.

REVOCACIÓN DEL SEGURO

Este seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por Suramericana, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a Suramericana.

La devolución de la prima a la que hubiere lugar será calculada según lo dispuesto por el artículo 1071 del Código de Comercio.

DOMICILIO

Salvo lo estipulado por las normas procesales, el domicilio de las partes será Medellín, República de Colombia.

2. COBERTURA PARA PERIODO ADICIONAL PARA NOTIFICACIONES

Si SURAMERICANA, por razones distintas a la mora en el pago de la prima, o la Entidad Tomadora decidiera revocar en cualquier momento o no renovar la presente póliza al término de su Vigencia por cualquier razón, la Entidad Tomadora, tendrá derecho a obtener la extensión del período de Vigencia de la cobertura por un plazo adicional de veinticuatro meses, previo el pago de una prima adicional equivalente al setenta por ciento (70%) de la prima anual de la presente póliza. Esta ampliación del plazo de Vigencia de la cobertura únicamente será aplicable a las Reclamaciones que tengan su causa en servicios profesionales prestados en el período comprendido entre la Fecha de Retroactividad de la Cobertura y la fecha de revocación o no renovación de la póliza.

La cantidad máxima a desembolsar por SURAMERICANA por el total del período del seguro, tanto si su duración ha sido extendida como si no, no excederá de la establecida en las Condiciones Particulares de esta póliza. Para hacer uso del periodo adicional para notificaciones, la Entidad Tomadora deberá notificar la solicitud de extensión de cobertura a SURAMERICANA por escrito y pagar la prima aplicable según lo especificado en las Condiciones Particulares de la póliza, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de expiración de la Vigencia de la póliza, o del aviso de revocación o de no renovación de la misma, lo que ocurra primero.

SURAMERICANA no estará obligada a otorgar la cobertura para periodo adicional para notificaciones, o una vez otorgada la misma quedará sin efecto, si habiendo sido el presente seguro revocado o no renovado por decisión de cualquiera de las partes, la Entidad Tomadora ha adquirido o llegare a adquirir un seguro nuevo de la misma o similar naturaleza con otra aseguradora.

3. COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS CAUSADOS CON VEHÍCULOS AL SERVICIO DEL ASEGURADO

Esta cobertura ampara las reclamaciones que le presenten al asegurado, durante la vigencia del seguro, por la responsabilidad civil en que incurra a partir de la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares del mismo, por daños materiales, lesiones personales o muerte causados a terceros con vehículos que estén al servicio del asegurado en el giro normal de sus actividades, sean o no de su propiedad.

Esta cobertura opera en exceso del SOAT y de la cobertura de Responsabilidad Civil que debe tener el vehículo al servicio del asegurado; en caso de que el vehículo no cuente con una cobertura de Responsabilidad Civil o el límite asegurado sea inferior al indicado en

las condiciones particulares de este seguro, se aplicara la prioridad estipulada en las mismas condiciones particulares.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contempladas para la cobertura de responsabilidad en predios y por operaciones, no estará cubierta la responsabilidad del asegurado cuando, directa o indirectamente:

1. Se derive de la prestación del servicio de transporte público.

2. Los perjuicios sean causados al conductor o al asegurado, o al cónyuge, compañero permanente o parientes del asegurado o del conductor por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive o parentesco civil, al igual que daños causados a bienes sobre los cuales estas personas tengan la propiedad, posesión o tenencia.
3. Los daños sean causados a puentes, carreteras, caminos, viaductos o balanzas de pesar vehículos como consecuencia de vibraciones, peso, altura o anchura del vehículo asegurado o por la carga transportada.

4. Los perjuicios sean consecuencia de que el vehículo asegurado se haya sobrecargado o lleve sobrecupo de personas según tarjeta de propiedad.

5. Los perjuicios sean causados por vehículos dedicados al transporte de gas, combustible, explosivos o sustancias peligrosas.

6. Los perjuicios consistan o se deriven de los daños o pérdidas de los objetos transportados en los vehículos.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

suramericana



CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN CALI, 08 DE OCTUBRE DE 2020		PÓLIZA NÚMERO 0721814-2		REFERENCIA DE PAGO 01313356506	
INTERMEDIARIO WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORREDORES DE S			CÓDIGO 5541	OFICINA 2532	DOCUMENTO NUMERO 13356506
TOMADOR CLINICA DE OCCIDENTE S.A.				NIT 8903005133	
ASEGURADO CLINICA DE OCCIDENTE S.A.				NIT 8903005133	
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS					
DIRECCIÓN DE COBRO CL 18 NORTE # 5 34			CIUDAD CALI	TELÉFONO 6603000	
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CL 18 # 5N - 34 CLINICA		CIUDAD CALI	DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUC	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS	
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES				CÓDIGO ACTIVIDAD 9 - 153	
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO				RIESGO No 1	

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VL.R. ASEGURADO	VL.R. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
* BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS	1.500.000.000	1.500.000.000	0	190.000.000	36.100.000	226.100.000

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 30-SEP-2020	HASTA 30-SEP-2021	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA \$190.000.000	CP	IVA \$36.100.000	TOTAL A PAGAR \$226.100.000
---	----------------------	--------------------	------------------------	----	---------------------	--------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
DOSCIENTOS VEINTI SEIS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 30-SEP-2020	HASTA 30-SEP-2021	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES 1	VALOR ASEGURADO \$1.500.000.000,00	VALOR ÍNDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.500.000.000,00
---	----------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE:
POLIZA NUEVA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01-13-053, LAS CUALES SE ADJUNTAN

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

-VER CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, Y ANEXO DE HMACC Y AMIT
-VER INFORMACIÓN DE AMPAROS, ARTÍCULOS Y BIENES ASEGURADOS EN DOCUMENTO

102 - NEGOCIOS CORPORATIVOS

RAMO 013	PRODUCTO RC4	OFICINA 2821	USUARIO 50071	OPERACIÓN 01	MONEDA PESO COLOMBIANO
COASEGURO DIRECTO		NÚMERO PÓLIZA LÍDER		DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER	

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

PARTICIPACIÓN DE ASESORES

CÓDIGO	NOMBRE DEL ASESOR	COMPañÍA	CATEGORÍA	% PARTICIPACIÓN	PRIMA
5541	WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORREDORES	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	CORREDORES	50,00	95.000.000
80690	BELLINI ANGEL ASESORES DE SEGUROS LTDA	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA	AGENCIAS	50,00	95.000.000

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	TIPO Y NUMERO DE LA ENTIDAD	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO AL CUAL PERTENECE	IDENTIFICACION INTERNA DE LA PROFORMA
01/06/2009	13 - 18	P	12	F-01-13-053

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

SE ADJUNTAN CONDICIONES PARTICULARES

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CL 64 NORTE 5B NOR 146 LOCAL 5
CALI

Seguros Generales Suramericana S.A.

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

Página 1

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
CLÍNICAS Y HOSPITALES

Certificado individual

suramericana



CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN CALI, 08 DE OCTUBRE DE 2020			PÓLIZA NÚMERO 0721814-2/
INTERMEDIARIO WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORREDORES	CÓDIGO 0551	OFICINA 2821	DOCUMENTO NÚMERO 13356506

TOMADOR Y ASEGURADO CLINICA DE OCCIDENTE S.A.			NIT 8903005133
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCIÓN DE COBRO CL 18 NORTE # 5 34		CIUDAD CALI	TELÉFONO 6603000
DIRECCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO CL 18 # 5N - 34 CLINICA	CIUDAD CALI	DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SECTOR SERVICIOS
ACTIVIDAD HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES			CODIGO ACTIVIDAD 9 - 15
DESCRIPCIÓN DEL PREDIO ASEGURADO			RIESGO No 1

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	VLR. ASEGURADO	VLR. MOVIMIENTO	% ÍNDICE VARIABLE	PRIMA	I.V.A	PRIMA + IVA
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS	1.500.000.000	1.500.000.000	0	190.000.000	36.100.000	226.100.000

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 30-SEP-2020	HASTA 30-SEP-2021	NÚMERO DÍAS 365	PRIMA DEL RIESGO \$190.000.000	CP	IVA DEL RIESGO \$36.100.000	TOTAL DEL RIESGO \$226.100.000
---	----------------------	--------------------	-----------------------------------	----	--------------------------------	-----------------------------------

VALOR DEL RIESGO EN LETRAS

DOSCIENTOS VEINTI SEIS MILLONES CIENT MIL PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 30-SEP-2020	HASTA 30-SEP-2021	NÚMERO DE RIESGOS VIGENTES	VALOR ASEGURADO \$1.500.000.000,00	VALOR ÍNDICE VARIABLE \$0,00	TOTAL VALOR ASEGURADO \$1.500.000.000,00
---	----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---

DOCUMENTO DE: POLIZA NUEVA	VIGENCIA DE MANTENIMIENTO DESDE No aplica	HASTA 30-SEP-2021
-------------------------------	---	----------------------

DEDUCIBLES

BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS: 10% de la pérdida, mínimo
COL\$ 12000000.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA ASEGURADO

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CL 64 NORTE 5B NOR 146 LOCAL 50
CALI

Seguros Generales Suramericana S.A

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS REGIMEN COMÚN

www.suramericana.com

Página 1