

 Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia	PROCESO: GESTION DOCUMENTAL	CÓDIGO: CSJCF-GD-F04	
	ACUSE DE RECIBIDO: ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS	VERSIÓN: 2	

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Viernes 05 de Marzo del 2021

HORA: 11:50:49 am

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo suscrito a nombre de; GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, con el radicado; 202000014, correo electrónico registrado; NOTIFICACIONES@GHA.COM.CO, dirigido al JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, (+57) 321 576 5914

Archivo Cargado
CONTESTACION.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20210305115050-RJC-24484

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'

Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas

csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600

Señores:

JUZGADO SEGUNDO (2) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES (C)

Dr. José Eugenio Gómez Calvo

E. S. D.

REFERENCIA:	PROCESO VERBAL
DEMANDANTE:	GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO
DEMANDADOS:	SALUD TOTAL EPS-S S.A. Y CLINICA VERSALLES S.A.
LLAMADO EN GARANTÍA:	ALLIANZ SEGUROS S.A.
RADICACIÓN:	2020-00014-00

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 **ALLIANZ SEGUROS S.A** sociedad legalmente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, como se acredita con el poder que obra en el expediente e igualmente se aporta con este escrito; encontrándome dentro del término legal oportuno para hacerlo, con el debido respeto me dirijo a Usted señor Juez, con el fin de pronunciarme frente a la Demanda Verbal de Responsabilidad Civil Médica promovida por GIANCARLO ESTÉVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO en contra de SALUD TOTAL EPS S.A. Y CLINICA VERSALLES S.A., oponiéndome desde ya a la misma, y acto seguido, a contestar el llamamiento en garantía formulado por esas dos entidades demandadas a la sociedad 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:

CAPITULO I
CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Al hecho 1: No me consta cómo se encontraba conformado el núcleo familiar de la parte actora, pues ello resulta ajeno a la esfera de conocimiento de mi representada, quien ostenta la calidad de compañía aseguradora. Por lo 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 2: No me consta la afiliación del señor Giancarlo Estévez Murillo al régimen contributivo en salud a través de la EPS Salud Total, comoquiera que ello resulta ajeno al conocimiento de la compañía que represento. Que se pruebe.

Al hecho 3: No me consta si el 27 de abril de 2018 el señor Estévez Murillo presentó de forma súbita dolor en la zona inguinal, 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 si el señor Giancarlo Estévez Murillo fue trasladado a la Clínica Versalles S.A., 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.

No obstante, de la historia clínica obrante en el expediente se desprende que:

- (i) El día 27 de abril de 2018 el demandante recibió atención médica en la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. que funcionaba en las Instalaciones de la Clínica Versalles S.A.
- (ii) No es cierto que a las 9:40 de la noche aproximadamente el demandante haya acudido al servicio de urgencias, pues como lo refiere el mentado documento clínico, su ingreso se surtió a las 11:16 p.m.:



HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:	GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO		
Fecha de Nacimiento:	03/28/1998	Contrato:	1802779 (Documento: 1060655889)
Edad:	20 Años - Sexo: Masculino	Dirección Residencia:	CR 13 7 33
Teléfono Residencia:	0	Ciudad Residencia:	Villamaría
Aseguradora:	SALUD TOTAL EPS	Tipo de Vinculación:	REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del viernes, 27 de abril de 2018 11:16 PM en UUBC VERSALLES

Nombre del Profesional: Daniel Fernando Rodríguez Franco - MEDICINA GENERAL (Registro No. 15906)

Número de Autorización: 08356-1830869955

Tipo de Consulta: URGENCIA ATENCION MEDICA PRIORITARIA ST TRIAGE 2

Al hecho 5: Este hecho contiene dos afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) 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 UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A.

Sin perjuicio de ello, es preciso reseñar que en la anotación médica de fecha 27 de abril de 2018, el Doctor Daniel Fernando Rodríguez realizó una impresión diagnóstica¹, de dolor abdominal pélvico y posible apendicitis, 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 manejo², el dolor abdominal agudo que presentaba el actor, irradiado hacía la zona inguinal y genital, es perfectamente concordante con un cuadro de “Enfermedad urogenital, apendicitis o hernia inguinal”:

¹ 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.

² <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20I.pdf>

Hombro izquierdo	Pancreatitis, derrame pleural izquierdo, trauma esplénico úlcera perforada
Hombro derecho	Úlcera perforada, pleuritis derecha, absceso subfrénico, trauma hepático
Región subescapular derecha	Enfermedad biliar
Región inguinal y genital	Enfermedad urogenital, apendicitis, hernia inguinal
Región sacra	Enfermedades de genitales y recto, aneurisma aórtico roto
Región lumbar	Pancreatitis, aneurisma aórtico roto, cólico renal, úlcera penetrada

De ahí que es necesario se practique examen físico y de laboratorio, para confirmar o excluir la impresión diagnóstica.

- (ii) Frente a que el galeno se alejó de los protocolos y se basó únicamente en su criterio personal, 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.

Sin perjuicio de lo anterior, se reitera que la conducta adoptada por el galeno que atendió al demandante en el área de urgencias de la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. fue adecuada y se brindó conforme a los signos y síntomas presentados por el paciente.

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 UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. No obstante, conforme la historia clínica, se observa que es cierto el motivo de consulta que plasma la parte actora en este hecho.

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.

En este punto, es preciso reseñar que en el presente caso no se materializó un error diagnóstico que pueda generar alguna responsabilidad a la demandada, pues, lo cierto es que los signos y síntomas presentados por el señor Estévez 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.

Al hecho 8: 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 galeno que atendió al demandante en el área de urgencias de la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. fue adecuada y se brindó conforme a los signos y síntomas presentados por el paciente.

Al hecho 9: Este hecho contiene dos afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) Frente a que el galeno se alejó de los protocolos 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 perjuicio de lo anterior, se reitera que la conducta adoptada por el galeno que atendió al demandante en el área de urgencias de la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. fue adecuada y se brindó conforme a los signos y síntomas presentados por el paciente.

- (ii) Lo relacionado con la torsión testicular corresponde a un aparte de la literatura médica.

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, de acuerdo con lo que refiere la historia clínica, desde la primera consulta se le ordenó la práctica de exámenes de laboratorio, dentro de los cuales está el uroanálisis, el cual es una ayuda diagnóstica vital para determinar si hay una infección urinaria, y según la literatura médica es una ayuda diagnóstica para determinar la torsión testicular.³

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 tanto, deberá probarse.

No obstante lo anterior, conforme la prueba documental obrante en el plenario, una vez arribó el demandante a la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. fue valorado en triage y posteriormente valorado por el doctor Daniel Fernando Rodríguez, quien ordenó la solución inyectable y la práctica de exámenes de laboratorio. Posteriormente, según notas de enfermería el paciente fue revalorado por el doctor Jeyson Javier Torrenegra Torres, quien con el resultado de los análisis ordena remisión a cirugía general y se traslada al paciente al servicio de urgencias de la Clínica Versalles S.A., que se encontraba en la misma edificación. Todo esto en un lapso de aproximadamente dos horas y media.

Al hecho 12: 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 perjuicio de lo anterior, se reitera que la conducta adoptada por el galeno que atendió al demandante en el área de urgencias de la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. fue adecuada y se brindó conforme a los signos y síntomas presentados por el paciente.

³ 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>

Al hecho 13: 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 perjuicio de lo anterior, se reitera que la conducta adoptada por el galeno que atendió al demandante en el área de urgencias de la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. fue adecuada y se brindó conforme a los signos y síntomas presentados por el paciente.

Al hecho 14: 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 UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. Sin embargo, conforme la historia clínica, se observa que una vez valorado por el doctor Daniel Fernando Rodríguez, quien ordenó la solución inyectable y la práctica de exámenes de laboratorio. Posteriormente, el paciente fue revalorado por el doctor Jeyson Javier Torrenegra Torres, quien con el resultado de los análisis ordena remisión a cirugía general y se traslada al paciente al servicio de urgencias de la Clínica Versalles S.A., que se encontraba en la misma edificación. Todo esto en un lapso de aproximadamente dos horas y media.

Al hecho 15: No me consta de forma directa las afirmaciones plasmadas en este hecho, debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio médico brindado por la Clínica Versalles S.A.

Sin perjuicio de lo anterior, como consta en la historia clínica el registro del 28 de abril de 2018, el paciente fue recibido en el área de Urgencias de la Clínica Versalles S.A. (que quedaba en la misma edificación) a la 1: 54 am, siendo atendido por la Dra. DANIELA GONZALEZ GIRALDO, de manera que no se trata de una revaloración sino una atención en la mencionada IPS, por cuenta de una remisión.

Al hecho 16: Este hecho contiene dos afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) No me consta de forma directa las afirmaciones plasmadas en relación con la atención médica, debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio brindado por la Clínica Versalles S.A.
- (ii) Frente al “error significativo” de la galena, 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.

Al hecho 17: No me consta de forma directa las afirmaciones plasmadas en este hecho, debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio médico brindado por la Clínica Versalles S.A.

Sin embargo, obra en la historia clínica, que la atención brindada por la IPS fue adecuada y conforme a los signos y síntomas presentados por el paciente.

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

- (i) No me consta de forma directa las afirmaciones plasmadas en relación con la atención médica, debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio brindado por la Clínica Versalles S.A.
- (ii) Frente a que la galena Daniela González Giraldo prestó poca atención a la condición del paciente, 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.

Al hecho 19: 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 20: 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.

Sin perjuicio de ello, es preciso reseñar que, según lo consignado en la historia clínica de la Clínica Versalles S.A., al momento del ingreso del paciente a la mencionada IPS se plasmó una impresión diagnóstica de orquiepididimitis, sin embargo, no correspondía a un diagnóstico definitivo y fue por ello que el demandante fue valorado por Urología quien ordenó se tomara una ecografía Doppler y tratamiento antibiótico, para descartar la torsión testicular.

Al hecho 21: 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 perjuicio de lo anterior, de conformidad con la historia clínica que obra en el plenario, una vez establecido el diagnóstico del señor Estévez Murillo, fundamentado en el resultado de la ecografía Doppler, es valorado por el Especialista en Urología, quien determinó la necesidad de practicar cirugía.

Al hecho 22. No me consta de forma directa las afirmaciones plasmadas en relación con la atención médica, debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio brindado por la Clínica Versalles S.A.

Al hecho 23: 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 perjuicio de lo anterior, de conformidad con la historia clínica que obra en el plenario, una vez establecido el diagnóstico del señor Estévez Murillo, fundamentado en el resultado 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.

Al hecho 24: No me consta de forma directa las afirmaciones plasmadas en relación con la atención médica, debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio brindado por la Clínica Versalles S.A., sin embargo, se destaca que la supuesta manifestación del galeno NO se encuentra documentada en la Historia Clínica, por

lo cual, deberá acreditarse en los términos establecidos en el artículo 167 del Código General del Proceso.

Al hecho 25: 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.

Sin embargo, de acuerdo con la historia clínica que reposa en el expediente, es cierto que a las 12:33 del 28 de abril de 2018, el señor Estévez Murillo fue llevado a cirugía.

Al hecho 26: Este hecho contiene dos afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) No me consta de forma directa las afirmaciones plasmadas en relación con la atención médica, debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio brindado por la Clínica Versalles S.A.
- (ii) Frente a que existió falta de atención prioritaria, 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. Sin embargo, debe indicarse que el paciente siempre fue valorado por el cuerpo galénico de turno y comentado con Urología, y en el monto que se tuvo la certeza del diagnóstico final, se ordenó y realizó de forma urgente, la cirugía que requería el demandante.

Al hecho 27: No me consta de forma directa las afirmaciones plasmadas en este hecho, debido a que mí representada no tuvo intervención de ningún tipo en la prestación del servicio médico brindado por la Clínica Versalles S.A.

Sin perjuicio de ello, es preciso reseñar que, según lo consignado en la historia clínica, no es cierto que a las 4:30 am se le haya indicado al paciente que sería llevado a cirugía, pues como el mismo actor refiere en el hecho anterior, la indicación de la intervención se dio a conocer a las 12:37 pm.

Al hecho 28: No corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva de la parte demandante, respecto a una supuesta afectación emocional. Se indica que en este caso no existe prueba alguna que dé cuenta de la existencia de un proceder negligente, imperito o imprudente del personal médico que le brindó atención al señor Giancarlo Estévez Murillo y que pueda estar relacionada con la afectación que aquí se afirma.

Al hecho 29: Respecto de la manifestación que realiza el demandante en atención a las supuestas 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.

Al hecho 30: No me consta la supuesta afectación psicológica del actor por presuntos problemas de función sexual irregular, episodios de impotencia y ansiedad, 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.

Al hecho 31: A mi procurada no le consta lo relacionado con el ámbito sexual del actor, toda vez que ello corresponde a información de su esfera íntima, por lo tanto, deberá ser probado conforme lo establece el artículo 167 del CGP.

Al hecho 32: Este hecho contiene dos afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) Lo relacionado con la torsión testicular no corresponde a un hecho sino a una explicación médica sobre dicha condición.
- (ii) Respecto a la conducta adoptada con el paciente, 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. Sin embargo, debe indicarse que el paciente siempre fue valorado por el cuerpo galénico de turno y comentado con Urología, y en el monto que se tuvo la certeza del diagnóstico final, se ordenó y realizó de forma urgente, la cirugía que requería el demandante.

Al hecho 33: 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. Es preciso reseñar que en el presente caso no se materializó un error diagnóstico, ni tampoco una atención negligente o inoportuna, ya que los signos y síntomas presentados por el señor Estévez Murillo eran perfectamente compatibles con los de apendicitis, de conformidad con lo establecido por la literatura médica (durante las primeras dos horas de atención en la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que al paciente se le direccionó al profesional idóneo para evaluar la impresión diagnóstica que se emitió en el servicio de urgencias de la Clínica Versalles S.A., practicándole finalmente la ecografía Doppler que refirió como hallazgo una torsión testicular, siendo llevado de inmediato a cirugía, lo cual acredita que la atención se brindó de manera oportuna y conforme a los síntomas que refería el paciente.

Al hecho 34: 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. Es preciso reseñar que en el presente caso no se materializó un error diagnóstico, ni tampoco una atención negligente o inoportuna, ya que los signos y síntomas presentados por el señor Estévez Murillo eran perfectamente compatibles con los de apendicitis, de conformidad con lo establecido por la literatura médica (durante las primeras dos horas de atención en la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que al paciente se le direccionó al profesional idóneo para evaluar la impresión diagnóstica que se emitió en el servicio de urgencias de la Clínica Versalles S.A., practicándole finalmente la ecografía Doppler que refirió como hallazgo una torsión testicular, siendo llevado de inmediato a cirugía, lo cual acredita que la atención se brindó de manera oportuna y conforme a los síntomas que refería el paciente.

Al hecho 35: No corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva de la parte demandante que en todo caso no se encuentra llamada a prosperar. Se indica que en este

caso no existe prueba alguna que dé cuenta de la existencia de un proceder negligente, imperito o imprudente del personal médico que le brindó atención al señor Giancarlo Estévez.

Al hecho 36: No corresponde a un hecho; se trata de una apreciación subjetiva de la parte actora, con la cual pretende fundar sus peticiones, sin embargo, de considerarse como tal, no me constan por corresponder a un aspecto de su esfera íntima.

Al hecho 37: No corresponde a un hecho sino a una consideración subjetiva de la parte demandante que en todo caso no se encuentra llamada a prosperar. Se indica que en este caso no existe prueba alguna que dé cuenta de la existencia de un proceder negligente, imperito o imprudente del personal médico que le brindó atención al señor Giancarlo Estévez.

Al hecho 38: 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. Es preciso reseñar que en el presente caso no se materializó un error diagnóstico, ni tampoco una atención negligente o inoportuna, ya que los signos y síntomas presentados por el señor Estévez Murillo eran perfectamente compatibles con los de apendicitis, de conformidad con lo establecido por la literatura médica (durante las primeras dos horas de atención en la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que al paciente se le direccionó al profesional idóneo para evaluar la impresión diagnóstica que se emitió en el servicio de urgencias de la Clínica Versalles S.A., practicándole finalmente la ecografía Doppler que refirió como hallazgo una torsión testicular, siendo llevado de inmediato a cirugía, lo cual acredita que la atención se brindó de manera oportuna y conforme a los síntomas que refería el paciente.

Al hecho 39: No corresponde a un hecho; se trata de una apreciación subjetiva de la parte actora, carente de sustento médico y científico, puesto que la supuesta condición del señor Estévez Murillo no se produjo por una falta de diligencia y cuidado de las entidades demandadas, toda vez que la atención brindada a dicho paciente fue oportuna, perita y adecuada para la situación clínica que presentaba, fue tratado con las intervenciones necesarias, soportadas en ayudas diagnósticas. En consecuencia, la Historia Clínica obrante en el plenario denota que los distintos galenos que atendieron al demandante desplegaron siempre una conducta diligente y acertada, sujeta a lo estatuido por la lex artis, en aras de salvaguardar la vida y bienestar del paciente.

Al hecho 40: No corresponde a un hecho; se trata de una apreciación subjetiva de la parte actora, carente de sustento médico y científico.

Al hecho 41: No corresponde a un hecho; se trata de una apreciación subjetiva de la parte actora, con la cual pretende fundar sus peticiones, sin embargo, de considerarse como tal, no me constan por corresponder a un aspecto de su esfera íntima.

Al hecho 42: No es un hecho, corresponde a una actuación prejudicial, esto es, el agotamiento del requisito de procedibilidad para acudir a la jurisdicción ordinaria.

Al hecho 43: No es un hecho, corresponde a una actuación prejudicial, esto es, el agotamiento del requisito de procedibilidad para acudir a la jurisdicción ordinaria.

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 UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. y de la Clínica Versalles S.A., llamantes de mi procurada, 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 Giancarlo Estévez Murillo puedan 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:

A LAS DECLARATIVAS

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. En efecto, la parte pasiva no incurrió en negligencia, imprudencia ni mucho menos impericia de la cual se pudiera derivar un hecho dañoso, y en esa medida no se cumplen los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos.

En el presente caso se encuentra acreditado que la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. y la Clínica Versalles S.A. pusieron a disposición del actor un equipo médico especializado y realizó todas y cada una de las ayudas diagnosticas pertinentes para tratar el cuadro clínico del paciente y la posterior cirugía que este requirió.

Frente a la pretensión 2: Si bien esta pretensión no está dirigida en contra de mi representada, me opongo a que se declare civil y solidariamente la responsabilidad de los aquí demandados SALUD TOTAL EPS S.A. y CLÍNICA VERSALLES S.A., toda vez que no se lograron acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, así como de su cuantía y la imprescindible relación de causalidad entre el primero y éste último.

En efecto, los integrantes de la parte pasiva cumplieron cabalmente con sus obligaciones al momento de la atención solicitada por el señor Giancarlo Estévez Murillo y el posterior manejo quirúrgico que requirió:

- En primera medida, es preciso reseñar que en la anotación médica de fecha 27 de abril de 2018, una vez el actor arribó a la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A., el galeno Daniel Fernando Rodríguez realizó una impresión diagnóstica⁴, de dolor abdominal pélvico y posible apendicitis, 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 manejo⁵, el dolor abdominal agudo que presentaba el señor Estévez Murillo, irradiado hacía la zona inguinal y genital, es perfectamente concordante con un cuadro de “Enfermedad urogenital, apendicitis o hernia inguinal”:

Hombro izquierdo	Pancreatitis, derrame pleural izquierdo, trauma esplénico úlcera perforada
Hombro derecho	Úlcera perforada, pleuritis derecha, absceso subfrénico, trauma hepático
Región subescapular derecha	Enfermedad biliar
Región inguinal y genital	Enfermedad urogenital, apendicitis, hernia inguinal
Región sacra	Enfermedades de genitales y recto, aneurisma aórtico roto
Región lumbar	Pancreatitis, aneurisma aórtico roto, cólico renal, úlcera penetrada

De ahí que es necesario se practique examen físico y de laboratorio, para confirmar o excluir la impresión diagnóstica.

En efecto, el médico ordenó la práctica de exámenes de laboratorio, dentro de los cuales está el uroanálisis, el cual es una ayuda diagnóstica vital para determinar si hay una infección urinaria, y según la literatura médica es una ayuda diagnóstica para determinar la torsión testicular.⁶ Posteriormente, según notas de enfermería el paciente fue revalorado por el doctor Jeyson Javier Torrenegra Torres, quien con el resultado de los análisis ordena remisión a cirugía general y se traslada al paciente al servicio de urgencias de la Clínica Versalles S.A., que se encontraba en la misma

⁴ 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.

⁵ <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20Urgencias%20-Tomo%20I.pdf>

⁶ 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>

edificación. Todo esto en un lapso de aproximadamente dos horas y media. (hasta aquí se demuestra que la atención fue sumamente rápida, diligente y acorde a los signos y síntomas que presentó el paciente, de la cual no se puede inferir ninguna falla)

- En segundo lugar, consta en la historia clínica el registro del 28 de abril de 2018, el paciente fue recibido en el área de Urgencias de la Clínica Versalles S.A. (que quedaba en la misma edificación) a la 1: 54 am, siendo atendido por la Dra. DANIELA GONZALEZ GIRALDO, de manera que no se trata de una revaloración sino una atención en la mencionada IPS, por cuenta de una remisión. En dicha atención se plasmó una impresión diagnóstica de orquiepididimitis, sin embargo, no correspondía a un diagnóstico definitivo y fue por ello que el demandante fue valorado por Urología quien ordenó se tomara una ecografía Doppler y tratamiento antibiótico, para descartar la torsión testicular.

En ese orden, una vez establecido el diagnóstico del señor Estévez Murillo, fundamentado en el resultado 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. (toda la actuación de la Clínica Versalles S.A. demuestra igualmente la diligencia y pericia con la que fue atendido el demandante)

De acuerdo con todo lo anterior, queda evidenciado que las demandadas garantizaron el acceso a un manejo médico continuo, con el fin de preservar la vida del paciente, 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 del servicio en el área de Urgencias, que en todo momento procuraron por su bienestar; ello claro está, enmarcado 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 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.

A LAS CONDENATORIAS

Frente a la pretensión 1: 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 Estévez Murillo, 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 para el señor GIANCARLO ESTÉVEZ MURILLO:

Frente a los perjuicios morales:

Me opongo a que se condene a Centro Médico Especialistas CME S.A. al pago de perjuicios morales, puesto que en efecto, dicha institución de salud cumplió cabalmente con sus obligaciones legales al momento de la atención al señor GIANCARLO ESTÉVEZ MURILLO, garantizando el acceso a un manejo médico oportuno, continuo e integral, con el lleno de los requisitos y estándares de calidad conforme a la sintomatología que presentaba el paciente y su evolución; sin que le sea imputable a la demandada la causa eficiente de los perjuicios que reclaman los demandantes; pues reitero, en la atención médica se procuró por el bienestar de la paciente, tratando de salvaguardar su integridad, sin que los efectos colaterales de su condición sean imputables a mi procurada, máxime si el origen se debió a conductas propias del paciente como lo fue una caída desde su propia altura, que demuestra falta de autocuidado en el postoperatorio.

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 200 SMLMV a favor del señor Estévez 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, 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 2016**⁷, 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 30% del mencionado valor.

Por otro lado, sin perjuicio de que la jurisprudencia aplicable en este caso es la emanada de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, resulta importante destacar que en todo caso, el Consejo de Estado, respecto a los perjuicios morales ha establecido una la línea

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC15996-2016 de noviembre 29 de 2016. MP Luis Alonso Rico Puerta

jurisprudencial contenida en la sentencia de unificación, en la cual ha establecido unos criterios claros para este perjuicio en caso de lesiones, el cual se calcula con base en la pérdida de capacidad laboral, la cual en el presente caso no ha sido determinada al señor GIANCARLO ESTÉVEZ MURILLO, por parte de un órgano competente y por ello, tampoco sería viable una cuantificación con base en esos lineamientos.

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.**⁸ (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 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.

Frente a cada uno de los conceptos sobre los cuales fue solicitada una indemnización para la señora LUZ DARY MURILLO CASTAÑO:

Frente a los perjuicios morales:

Me opongo a que se condene a Centro Médico Especialistas CME S.A. al pago de perjuicios morales, puesto que en efecto, dicha institución de salud cumplió cabalmente con sus obligaciones legales al momento de la atención al señor GIANCARLO ESTÉVEZ MURILLO, garantizando el acceso a un manejo médico oportuno, continuo e integral, con el lleno de los requisitos y estándares de calidad conforme a la sintomatología que presentaba el paciente y su evolución; sin que le sea imputable a la demandada la causa eficiente de los perjuicios que reclaman los demandantes; pues reitero, en la atención médica se procuró por el bienestar de la paciente, tratando de salvaguardar su integridad, sin que los efectos colaterales de su condición sean imputables a mi procurada, máxime si el origen se debió a conductas propias del paciente como lo fue una caída desde su propia altura, que demuestra falta de autocuidado en el postoperatorio.

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 200 SMLMV a favor de la señora MURILLO CASTAÑO, 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, 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

⁸ 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.

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 2016**⁹, 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 30% del mencionado valor.

Por otro lado, sin perjuicio de que la jurisprudencia aplicable en este caso es la emanada de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, resulta importante destacar que en todo caso, el Consejo de Estado, respecto a los perjuicios morales ha establecido una línea jurisprudencial contenida en la sentencia de unificación, en la cual ha establecido unos criterios claros para este perjuicio en caso de lesiones, el cual se calcula con base en la pérdida de capacidad laboral, la cual en el presente caso no ha sido determinada al señor GIANCARLO ESTÉVEZ MURILLO, por parte de un órgano competente y por ello, tampoco sería viable una cuantificación con base en esos lineamientos.

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 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.

Frente al daño emergente:

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.

Debe memorar el despacho que el daño emergente corresponde a la pérdida económica por la destrucción o puesta en peligro del bien jurídico y todos aquellos gastos, erogaciones o desembolsos que necesariamente una persona debe hacer para atender todo lo relacionado con la vulneración del mismo o las secuelas que éste deja.

Si tenemos en cuenta que la anterior definición, resulta improcedente el monto que la demandante exige por este perjuicio, materializado en el pago de conciliación extrajudicial, debido a que no existe prueba contundente de que en efecto la parte actora haya pagado o hecho alguna erogación por este concepto, pues la mera presentación del documento “factura sin número ni información clara” no acredita de manera fehaciente que el señor Arboleda haya sido quien sufragó el valor plasmado en el mencionado documento.

Frente a la pretensión 3: Me opongo la presente pretensión del reconocimiento de costas y agencias en derecho, toda vez que al no encontrar fundamentos jurídicos ni fácticos para endilgarle obligación alguna a las demandadas, de ninguna manera puede pretenderse con éxito que prospere una condena adicional por los conceptos solicitados y, en esa medida, solicito en su lugar que se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

- **LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIENES EFECTUARON LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA A MI PROCURADA**

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por SALUD TOTAL EPS S.A. Y CLINICA VERSALLES 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:

- **AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR INEXISTENCIA DE CULPA IMPUTABLE A SALUD TOTAL EPS S.A. Y CLINICA VERSALLES S.A., 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 adquiera la categoría de cierto e indemnizable.

Sin embargo, por ser la responsabilidad médica de especial envergadura, se encuentra sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, se ha determinado de forma vehemente que este tipo de responsabilidad solo se configura si se halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento, 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.

En adición a lo anterior, es menester precisar también que, en medicina, la obligación de los galenos se reputa como una de medios y no como una de resultados; es decir, no puede garantizarse el bienestar o cura de los padecimientos sufridos por los pacientes, sino que se espera emplear todos los medios físicos, científicos, etc., para brindar un tratamiento perito, diligente y oportuno, acorde con los lineamientos de la lex artis y los protocolos médicos en la materia.

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 médica¹¹.”*
(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 SALUD TOTAL EPS de la Clínica Versalles S.A., desplegó un actuar culposo debido a que supuestamente no le dio una atención adecuada y oportuna al señor Giancarlo Estévez Murillo, cuestión que según se afirma, desencadenó su lamentable pérdida de uno de sus testículos.

Sobre este asunto, de entrada, es preciso resaltar que la parte actora incurre en una serie de imprecisiones que lo llevan a atribuir responsabilidad por una serie de hechos que no fueron ejecutados de la manera en la que los expone. Sobre la atención médica brindada por cada una se indica:

(i) Sobre la atención médica dada por SALUD TOTAL EPS

Respecto de la atención médica suministrada por SALUD TOTAL EPS, se indica que fue perita, adecuada y que atendió a las condiciones clínicas del paciente. Adicionalmente se puntualiza:

¹¹ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, Mp. Alejandro Martínez Caballero.

En primera medida, según anotación médica de fecha 27 de abril de 2018, una vez el actor arribó a la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A., el galeno Daniel Fernando Rodríguez realizó una impresión diagnóstica¹², de dolor abdominal pélvico y posible apendicitis, 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 manejo¹³, el dolor abdominal agudo que presentaba el señor Estévez Murillo, irradiado hacía la zona inguinal y genital, es perfectamente concordante con un cuadro de “Enfermedad urogenital, apendicitis o hernia inguinal”:

Hombro izquierdo	Pancreatitis, derrame pleural izquierdo, trauma esplénico úlcera perforada
Hombro derecho	Úlcera perforada, pleuritis derecha, absceso subfrénico, trauma hepático
Región subescapular derecha	Enfermedad biliar
Región Inguinal y genital	Enfermedad urogenital, apendicitis, hernia inguinal
Región sacra	Enfermedades de genitales y recto, aneurisma aórtico roto
Región lumbar	Pancreatitis, aneurisma aórtico roto, cólico renal, úlcera penetrada

De ahí que es necesario se practique examen físico y de laboratorio, para confirmar o excluir la impresión diagnóstica.

En efecto, el médico ordenó la práctica de exámenes de laboratorio, dentro de los cuales está el uroanálisis, el cual es una ayuda diagnóstica vital para determinar si hay una infección urinaria, y según la literatura médica es una ayuda diagnóstica para determinar la torsión testicular.¹⁴ Posteriormente, según notas de enfermería el paciente fue revalorado por el doctor Jeyson Javier Torrenegra Torres, quien con el resultado de los análisis ordena remisión a cirugía general y se traslada al paciente al servicio de urgencias de la Clínica Versalles S.A., que se encontraba en la misma edificación. Todo esto en un lapso de aproximadamente dos horas y media. (hasta aquí se demuestra que la atención fue sumamente rápida, diligente y acorde a los signos y síntomas que presentó el paciente, de la cual no se puede inferir ninguna falla)

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

Es preciso ahora examinar la prestación del servicio médico adelantada por el personal médico de la Clínica, tal y como se expone a continuación:

Consta en la historia clínica el registro del 28 de abril de 2018, el paciente fue recibido en el área de Urgencias de la Clínica Versalles S.A. (que quedaba en la misma edificación) a la 1:

¹² 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.

¹³ <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20Urgencias%20-Tomo%20I.pdf>

¹⁴ Los resultados de los estudios de laboratorio por lo general están dentro de los límites normales excepto: pacientes con orqui epididimitis, 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>

54 am, siendo atendido por la Dra. DANIELA GONZALEZ GIRALDO, de manera que no se trata de una revaloración sino una atención en la mencionada IPS, por cuenta de una remisión. En dicha atención se plasmó una impresión diagnóstica de orquiepididimitis, sin embargo, no correspondía a un diagnóstico definitivo y fue por ello que el demandante fue valorado por Urología quien ordenó se tomara una ecografía Doppler y tratamiento antibiótico, para descartar la torsión testicular.

En ese orden, una vez establecido el diagnóstico del señor Estévez Murillo, fundamentado en el resultado 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. (toda la actuación de la Clínica Versalles S.A. demuestra igualmente la diligencia y pericia con la que fue atendido el demandante)

Todo lo expuesto, permite concluir que bajo ningún escenario es posible atribuir responsabilidad civil médica en cabeza de Salud Total EPS y de la Clínica Versalles 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 Estévez Murillo y el actuar de los galenos.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

• INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER INSTITUCIONAL, LOS ACTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL RESULTADO INSATISFACTORIO.

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 Salud Total EPS y de la Clínica Versalles 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 Salud Total EPS y de la Clínica Versalles S.A., el personal a su servicio y el daño.

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 (...)”*.

Teniendo en cuenta todos los argumentos expuestos hasta el momento, resulta claro que los hechos que se debaten en el presente proceso, son consecuencia de la evolución tórpida que

en este tipo de casos se presenta y consecuentemente, resulta inocuo el planteamiento de la parte actora, relacionada con la responsabilidad a cargo de la parte pasiva, 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.

Así las cosas, comoquiera que la parte actora no logra erigir los supuestos necesarios para predicar la existencia de la Responsabilidad Civil aludida, es necesario recalcar que tampoco consigue concretar la existencia de un vínculo, con las características necesarias, que ate el actuar de las demandadas Salud Total EPS y de la Clínica Versalles S.A., con los supuestos perjuicios alegados por la parte actora.

Siendo inexistente la relación de causalidad, debe declararse probada esta excepción.

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

Se formula esta excepción en virtud de que al señor Giancarlo Estevez Murillo 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 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 Giancarlo Estevez Murillo 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.¹⁵

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.

En el caso que nos ocupa, el señor Giancarlo Estévez Murillo 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 de la articulación del tobillo izquierdo 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.

¹⁵ GUZMÁN MORA, Fernando, La práctica de la medicina y la ley. Editorial Biblioteca Jurídica DIKE, 1ra Edición, pág. 320.

- **EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO AL ART. 167 DEL C.G.P. – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR AUSENCIA DE CULPA.**

Para que proceda la condena por la responsabilidad de las entidades que prestan servicios de salud se requiere que se pruebe efectivamente su culpa y ya que dentro de los hechos de la demanda y los documentos aportados no se evidencia la existencia de un actuar negligente por parte de la EPS SALUD TOTAL S.A., la Clínica Versalles S.A. o de los profesionales que atendieron en sus instalaciones al señor Giancarlo Estevez Murillo, siendo ese actuar ajeno al resultado que se le pretende imputar, por todo lo fundamentado en el presente escrito y tal como se ha de comprobar a lo largo del proceso judicial.

Con fundamento en lo expuesto, 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** **CLÍNICA VERSALLES S.A. MANIZALES**

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al Hecho PRIMERO: Es cierto que entre la Clínica Versalles S.A. como tomadora y Allianz Seguros S.A. como aseguradora, se celebraron los contratos de seguro documentados en las siguientes pólizas:

- (i) Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0, vigente entre el 22 de julio de 2017 al 21 de julio de 2018 y
- (ii) Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022300905/0 vigente desde el 22 de julio de 2018 al 21 de julio de 2019.

Ambas con un periodo de retroactividad desde 22 de julio de 2013.

Cabe indicar que los reseñados contratos de seguro se pactaron bajo la modalidad de 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 configura causal de inoperancia del seguro, se cumplen 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.**

En este punto el Despacho debe tener en cuenta que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0 no tiene ningún tipo de cobertura dentro del caso que nos ocupa. Ello debido a que, como se expuso, su cobertura depende del cumplimiento de las condiciones descritas previamente; sin embargo, en el caso sub judice, conforme a los documentos que obran en el expediente, se tiene que la primera reclamación formulada al asegurado por parte de los demandantes fue mediante audiencia de conciliación extrajudicial del día **05 de febrero de 2019**. No obstante, la vigencia de la Póliza No. 022121026/0 **se extendía del 22 de julio de 2017 al 21 de julio de 2018.**

De este modo, se hace manifiesto que, frente a la Póliza No. 022121026/0 no se cumple la segunda condición necesaria para que pueda predicarse su cobertura dentro del caso que nos ocupa, habida cuenta de que la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera del periodo de vigencia. De ahí que no pueda existir condena alguna en contra de mí representada con base en la Póliza de Responsabilidad Profesional Clínicas y Hospitales 022121026/0.

Ahora bien, se aclara que durante la vigencia de la Póliza de Responsabilidad Profesional Clínicas y Hospitales No. 022300905/0, específicamente el día **05 de febrero de 2019**, se solicitó la audiencia de conciliación extrajudicial por los hechos de la demanda que dio inicio al presente proceso, la cual, conforme a los documentos obrantes en el expediente, constituyó la primera reclamación formulada al asegurado. No obstante, debe tener en cuenta que de llegarse a probar a lo largo del proceso que la parte demandante formuló la primera reclamación a la Clínica Versalles S.A., en un momento diferente al periodo de vigencia de Póliza de Póliza de Responsabilidad Profesional Clínicas y Hospitales No. 022300905/0, deberá necesariamente concluirse por el juez que dicha póliza no tiene cobertura en el caso.

En consecuencia, sin que ello implique reconocimiento de responsabilidad, bajo el entendido que la audiencia de conciliación extrajudicial constituyó el primer reclamo para la clínica, se tiene entonces que de presentarse una condena en contra de Clínica Versalles S.A., Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022300905/0, sería la única que estaría llamada a afectarse, siempre y cuando: (i) se comprueba que los hechos que dieron origen al presente litigio se dieron durante la vigencia o el período de retroactividad de las pólizas con base en las que se realizó el llamamiento, (ii) se demuestra que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la vigencia del seguro, (iii) se declara la existencia de responsabilidad civil

médica de la asegurada, asunto que, en gracia discusión cabe referir que no se materializó, conforme se desprende del material probatorio obrante en el expediente y (iv) no se materializa ninguna causal de inoperancia o exclusión del contrato de seguro.

Frente al hecho SEGUNDO. No es cierto como lo expone la convocante. Al respecto se aclara que lo que la apoderada de la Clínica Versalles S.A. refiere en este hecho es el objeto de los contratos de seguro con base en los cuales se realizó el presente llamamiento, que consiste en amparar la responsabilidad civil profesional del asegurado, pactándose así un amparo de RC Profesional, en los siguientes términos:

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

Sin perjuicio de ello, debe tenerse en cuenta que ello no implica que las pólizas con base en las cuales Clínica Versalles S.A. llamó en garantía a Allianz ofrezcan plena cobertura para el presente caso.

En este sentido, es preciso resaltar que Clínica Versalles S.A. solo tendrá derecho a la cobertura de los amparos contratados en las pólizas sí y solo sí: (i) se comprueba que los hechos que dieron origen al presente litigio se dieron durante la vigencia o el período de retroactividad de las pólizas con base en las que se realizó el llamamiento, (ii) se demuestra que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la vigencia del seguro, (iii) se declara la existencia de responsabilidad civil médica de la asegurada, asunto que, en gracia discusión cabe referir que no se materializó, conforme se desprende del material probatorio obrante en el expediente y (iv) no se materializa ninguna causal de inoperancia o exclusión del contrato de seguro.

Frente al hecho TERCERO. Es cierto que la Clínica Versalles S.A. funge en calidad de demandado, dentro del proceso verbal declarativo impetrado por los señores Giancarlo Estévez Murillo y Luz Dary Murillo Castaño, por una supuesta negligencia médica en la atención brindada al entonces paciente Estévez Murillo, 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 exigida al momento de suministrarle un servicio médico a dicho demandado, en aras de salvaguardar su vida y bienestar. Por tanto, la demanda no tiene ninguna vocación de prosperidad, por cuanto la misma se realizó con base en una serie de argumentos subjetivos e inciertos que no se encuentran acreditados en debida forma dentro del plenario.

Frente al hecho CUARTO. No es cierto lo que se afirma en este hecho y al respecto se precisa lo siguiente:

En primera medida, no es cierto que la demanda haya sido presentada dentro de la vigencia de las pólizas anteriormente descritas, comoquiera que la misma, según la respectiva acta de reparto que obra en el expediente, fue presentada el 28 de enero de 2020, fecha para la cual, las Pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0 y No. 022300905/0 no se encontraban vigentes.

Ahora bien, debe precisarse que, en atención a la modalidad Claims made con la que fueron pactadas las pólizas con base en las cuales se realiza el llamamiento en garantía a mí representada, se tiene que para que las mismas tengan cobertura no basta con que los hechos hubiesen ocurrido dentro de la vigencia o dentro de la retroactividad pactada, sino que además es indispensable que la primera reclamación al asegurado, en este caso Clínica Versalles S.A., se hubiese realizado dentro de la vigencia pactada.

De este modo, se hace manifiesto que, frente a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0 no se cumple la segunda condición necesaria para que pueda predicarse su cobertura dentro del caso que nos ocupa, habida cuenta de que la reclamación que se formuló al asegurado ocurrió por fuera del periodo de vigencia. De ahí que no pueda existir condena alguna en contra de mí representada con base en la Póliza de Responsabilidad Profesional Clínicas y Hospitales 022121026/0.

Frente al hecho QUINTO. Es cierto. Lo transcrito en este hecho corresponde al objeto de los contratos de seguro con base en los cuales se realizó el presente llamamiento es el de amparar la responsabilidad civil profesional del asegurado, pues en ellos pactó un amparo de RC Profesional, a saber:

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

Sin perjuicio de ello, debe tenerse en cuenta que ello no implica que las pólizas con base en las cuales Clínica Versalles S.A. llamó en garantía a Allianz ofrezcan plena cobertura para el presente caso.

En este sentido, es preciso resaltar que Clínica Versalles S.A. solo tendrá derecho a la cobertura de los amparos contratados en las pólizas sí y solo sí: (i) se comprueba que los hechos que dieron origen al presente litigio se dieron durante la vigencia o el período de retroactividad de las pólizas con base en las que se realizó el llamamiento, (ii) se demuestra que el primer reclamo se hubiere formulado dentro de la vigencia del seguro, (iii) se declara la existencia de responsabilidad civil médica de la asegurada, asunto que, en gracia discusión

cabe referir que no se materializó, conforme se desprende del material probatorio obrante en el expediente y (iv) no se materializa ninguna causal de inoperancia o exclusión del contrato de seguro.

En este punto, debe tener en cuenta en Despacho que la Póliza No. 022121026/0 no tiene ningún tipo de cobertura dentro del caso que nos ocupa. Ello debido a que, como se expuso, su cobertura depende del cumplimiento de las condiciones descritas previamente; sin embargo, en el caso sub judice, conforme a los documentos que obran en el expediente, se tiene que la primera reclamación formulada al asegurado por parte de los demandantes fue mediante audiencia de conciliación extrajudicial del día 05 de febrero de 2019. No obstante, la vigencia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0 se extendía del 22 de julio de 2017 al 21 de julio de 2018.

Frente al hecho SEXTO. Es cierto en cuanto a que las Pólizas fueron pactadas bajo la modalidad Claims Made, que en sus carátulas se explica de la siguiente manera:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 22 DE JULIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Con base en lo expuesto, los contratos de seguro con base en los cuales se vinculó a mí representada sólo podrían afectarse si, además de la existencia de responsabilidad civil médica y de la comprobación de que no se configura causal de inoperancia del seguro, se cumplen 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.**

Como se ha explicado hasta este punto, los requisitos expuestos no se cumplen frente a la Póliza 022121026/0, motivo por el cual la misma no tiene cobertura en el presente caso.

Frente al hecho SÉPTIMO. No es un hecho sino un presupuesto relacionado con el derecho de postulación del apoderado de la Clínica Versalles S.A.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la pretensión PRIMERA. Esta pretensión contiene dos en si misma, por lo cual, procedo a pronunciarme de manera individual frente a cada una de ellas:

- (i) Me opongo a la integración de Allianz Seguros S.A. y resalto al respecto, sin que implique reconocimiento de obligación alguna de mí representada, que la vinculación que solicita la Clínica Versalles S.A. de la compañía de seguros, debe hacerse como llamada en garantía y no como litisconsorte, como erradamente lo indica la parte convocante. Sin perjuicio de ello, es preciso resaltar que, en todo caso, el Despacho ya accedió a vincular a mí representada como llamada en garantía, por medio de auto notificado por estados el 10 de diciembre de 2020.

- (ii) Me opongo a que se declare que Allianz Seguros S.A. deba responder patrimonialmente con base en las pólizas con las que realiza el presente llamamiento, debido a que, de un lado, la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0 no se encontraba vigente para el momento en que los demandantes formularon la primera reclamación al asegurado, esto es, para el día 16 de enero de 2019 de manera que no se cumplen los requisitos para su amparo temporal y, de otro lado, en todo caso, no se avizora la realización del riesgo asegurado como lo es la materialización de una responsabilidad civil en cabeza de la Clínica Versalles S.A.

Frente a la pretensión SEGUNDA: Nos oponemos de forma tajante a esta solicitud debido a que es a todas luces improcedente pretender que los valores asegurados deben ser actualizados, pues esto atenta de forma directa con el contenido del artículo 1079 del Código de Comercio que establece que de claramente establece que la aseguradora solo está obligada a responder *hasta concurrencia de la suma asegurada*, de manera que pretender que se reconozca un valor adicional por concepto de actualización, es contrario a derecho y antitécnico.

Frente a la pretensión TERCERA: Es cierto que las pólizas cuentan con el amparo de gastos de defensa, sin embargo, debe tenerse en cuenta que éstos operan en exceso del deducible y en que en este caso no se ha realizado el riesgo asegurado en las pólizas.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

- **AUSENCIA DE COBERTURA RESPECTO A LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022121026/0.**

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.¹⁶

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 DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICA Y HOSPITALES NO. 022121026/0, suscrito entre la Clínica Versalles S.A., y mi representada, fue pactado bajo modalidad Claims Made, tal y como se evidencia en la carátula de la misma:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 22 DE JULIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

En consecuencia, para que opere la cobertura de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0, **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 la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0 cuenta con un período de vigencia del 22 de julio de 2013 y con vigencia del 22 de julio de 2017 al 21 de julio de 2018. No obstante, conforme se evidencia de la prueba documental aportada por los demandantes, **la presunta primera reclamación formulada a la Clínica Versalles S.A., se surtió el 05 de febrero de 2019 cuando se convocó a la mencionada IPS a la audiencia de conciliación extrajudicial que se realizó el día 23 de abril de 2019, fecha para la cual la Póliza 022121026/0 no se encontraba vigente.**

Se hace manifiesto entonces que no concurren los presupuestos necesarios para que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0 ofrezca cobertura dentro del caso que nos ocupa, de manera que no puede existir condena alguna para mi representada con base en aquella.

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

¹⁶ 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

- **NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022300905/0, Y POR LO TANTO NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS 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.¹⁷

En las condiciones generales del contrato de seguro documentado por en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0, suscrito entre CENTRO MÉDICO DE ESPECIALISTAS C.M.E. y mi representada, se obligó a:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

A su vez, el ámbito de cobertura se pactó en los siguientes términos:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 22 DE JULIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

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:

- 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 22 de julio de 2018 y el 21 de julio de 2019, o dentro del periodo de retroactividad pactado, es decir, desde el 22 de julio de 2013.
- Que el reclamo por los hechos, actos u omisiones culposas sea realizado durante la vigencia de la póliza, esto es, entre el 22 de julio de 2018 y el 21 de julio de 2019.

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 CLÍNICA VERSALLES 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

¹⁷ Sentencia 9566 de 22 de julio de 2014, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo

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.

El artículo 2341 del Código Civil, establece que “El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido”, se desprende necesariamente que es obligatorio que la parte demandante acredite la existencia de tres elementos: 1) el hecho dañoso acaecido culpablemente (o delictualmente si es el caso), 2) el daño y 3) la relación de causalidad entre esos dos elementos, los cuales reitero, no se encuentran probados.

Dicho lo anterior, como se desprende del material probatorio obrante en el plenario y como se ha manifestado a lo largo de este escrito, la Clínica Versalles S.A. y Salud Total EPS cumplieron cabalmente con sus obligaciones legales para con el paciente, señor Giancarlo Estévez, desde el inicio de su atención, garantizando y brindando permanentemente su acceso al servicio médico, con el lleno de los requisitos y estándares de calidad, de manera oportuna y sin dilaciones conforme a los protocolos médicos y lex artis determinados en el campo de la medicina.

Se observa en el libelo genitor de la demanda una imputación respecto a una supuesta falta de diligencia y cuidado en la atención brindada, que se derivó en unas condiciones médicas, que a juicio de los actores se hubiese podido evitar, basada simplemente en las manifestaciones subjetivas que se evidencian a través de los hechos contenidos en la demanda, y algunos apartes de historia clínica que ni siquiera son constancia de culpa alguna, y que por demás dejan en evidencian que las intervenciones y/o procedimientos practicados eran procedente y necesarios.

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 Y SUBLÍMITES MÁXIMOS DE LA EVENTUAL RESPONSABILIDAD O DE LA EVENTUAL OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA, CONDICIONES ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA DEL CONTRATO DE SEGURO CONSIGNADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022300905/0**

Sin perjuicio de lo expuesto en las excepciones precedentes, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, se formula ésta, en virtud de que contractualmente, de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022300905/0, utilizada como fundamento para demandar de forma directa a mi representada, se estipularon las condiciones de la responsabilidad del asegurador, sus límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, etc., de manera que son éstos 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 de aseguramiento, sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad, que pido declarar en el fallo.

Partiendo de las condiciones de los contratos de seguro, también se puede establecer qué eventos no pueden generar obligación alguna a cargo de la aseguradora, entendiendo incorporado en todo este contexto el régimen legal vigente a la celebración del contrato, en donde se consagró precisamente entre los elementos esenciales del seguro. Eso nos conduce a la necesaria e indispensable observancia tanto de las estipulaciones de los contratos, que son ley para las partes, como de las disposiciones legales que rigen el contrato de seguro.

Ahora bien, es pertinente mencionar que la obligación del asegurador sólo se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a su cargo se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en su Artículo 1079, establece: “...*El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada...*”, claro está, sin perjuicio del respectivo deducible pactado, es decir, de aquella porción que de cualquier pérdida le corresponda asumir al asegurado.

De acuerdo con los artículos 1079 y 1089 del Código de Comercio, la responsabilidad máxima del asegurador se limita a la suma asegurada, de manera que ese es el tope de la responsabilidad asumida por la aseguradora, siempre y cuando se compruebe primero que se cumplió la condición de la que nació su obligación de indemnizar y obviamente el daño y la cuantía de este.

En efecto, para predicar algún tipo de obligación en virtud de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022300905/0 se deberán tener en cuenta los límites máximos de responsabilidad civil extracontractual RC Profesional plasmados en ella. Esta póliza tiene las siguientes coberturas y valores asegurados:

Coberturas contratadas		
Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

De conformidad con el texto transcrito, las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a sus condiciones particulares y generales, con sujeción a los límites asegurados (que para el caso de amparo de RC Profesional corresponde a \$2.000.0000) y a la demostración (por parte del beneficiario) del perjuicio alegado y su cuantía, siempre y cuando no se configure una causal legal o convencional de inoperancia del contrato de seguro.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **EXISTENCIA DE DEDUCIBLE EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022300905/0**

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: (para toda y cada pérdida)

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

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$4.000.000

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 Clínicas y Hospitales No. 022300905/0, 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 VERSALLES S.A.

- **LAS EXCLUSIONES DE AMPARO EXPRESAMENTE PREVISTAS EN EL LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022300905/0**

Se propone ésta excepción, toda vez que en las condiciones particulares de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021935810 / 0, 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 asegurativo.

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.

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

Se formula esta excepción sin que implique reconocimiento de responsabilidad u obligación alguna a cargo de mi representada, en caso de que se llegare a probar dentro del proceso, que operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, en virtud de las eventuales peticiones judiciales o extrajudiciales que los demandantes hayan formulado al asegurado, y que sean desconocidas por mi procurada.

En efecto, respecto al régimen especial de prescripción en materia de seguros, el Código de Comercio en su Artículo 1081, establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, si no también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Al respecto señala la mencionada disposición:

"Art. 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.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes".

Al señalar la disposición transcrita los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria, y el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

Ahora bien, respecto al asegurado, el término prescriptivo, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 1131 del C.Co., empieza a correr desde el momento en que la víctima le formule el reclamo.

En efecto, Art. 1131 del C.Co. preceptúa:

*"Art. 1131. Configuración del siniestro en el seguro de responsabilidad civil. En el seguro de responsabilidad civil 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 a la víctima. **Frente al asegurado, ello ocurrirá desde cuando la víctima le formule la petición judicial o extrajudicial.**" (Negrilla y sublínea ajenas al texto)*

Por lo anterior, en el evento de encontrarse que transcurrieron más de dos años desde el momento en el que los demandantes le formularon la primera reclamación al asegurado

(Clínica Versalles S.A.) se configuraría la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y con ello, la inexistencia de obligación alguna a cargo del asegurador.

Respetuosamente solicito al Señor Juez, declarar probada ésta 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

CAPITULO III
CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR SALUD TOTAL
EPS S.A.

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho 1.: Es cierto en cuanto a que, entre mi representada, como aseguradora, y SALUD TOTAL EPS S.A., como asegurada, se concertó contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022281640/0, cuya vigencia comprendía entre el 01 de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019, con fecha de retroactividad 01 de junio de 2013. Sin embargo, ello no significa *per se* que exista de manera automática una obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora, pues esta solo surge cuando el riesgo amparado en el mentado contrato ha sido efectivamente realizado en los términos de su cobertura, y no se configure ninguna causal legal o convencional de exclusión o de inoperancia del mismo.

De igual manera, cabe indicar que el reseñado contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de Claims Made, de manera que la cobertura en él contenida sólo podría afectarse si además de la existencia de responsabilidad civil médica y de la comprobación de que no se configura causal de inoperancia del seguro, se cumplen 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.**

En todo caso, si en gracia de discusión se declarara la responsabilidad del extremo pasivo del litigio, la condena a mi representada debe sujetarse de manera estricta al tenor literal de las condiciones particulares y generales de la mentada póliza, entre ellas, el límite del valor asegurado, el deducible y las exclusiones pactadas.

Frente al hecho 2: Es cierto lo referente a la vigencia de la vigencia de la Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0, sin embargo, debe aclararse que si bien es cierto que la póliza estuvo vigente entre 01 de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019, ese simple hecho no estructura responsabilidad en cabeza de la compañía aseguradora, pues en el caso particular además de la realización del riesgo asegurado, se deben cumplir de manera simultánea los presupuestos de la modalidad de cobertura denominada "Claims Made": **(i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, y (ii) que las reclamaciones escritas**

presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora, se hayan efectuado durante la vigencia de la póliza.

En efecto, muy a pesar concurrir los sucesos narrados en la demanda con el tiempo de vigencia de la póliza, sin existir los elementos constitutivos de la responsabilidad civil de la institución demandada, resulta imposible afectar el mentado contrato de seguro, dado que ninguna conducta médica activa u omisiva determinó el diagnóstico y estado de salud de la paciente.

Frente al hecho 3: Es cierto sólo en cuanto a que en el numeral 1 de la SECCIÓN PRIMERA – COBERTURA BÁSICA, de las condiciones generales de la Póliza No. 022281640/0, el amparo de Responsabilidad Civil Profesional fue pactado en los siguientes términos:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

Tal como se indicó a lo largo del presente escrito, es claro que no se estructuró la responsabilidad de la institución asegurada, como quiera que las actividades desarrolladas en el marco del acto médico no constituyeron ninguna falla en la prestación del servicio. Así las cosas, sin nacer la responsabilidad de la EPS en comento, no puede comprometerse la Compañía Aseguradora por riesgos que no fueron realizados por su asegurado.

En este punto es preciso señalar que la afectación de los amparos de la póliza referida, está supeditada, además de la realización del riesgo asegurado, al cumplimiento de los presupuestos de la modalidad de cobertura denominada “*Claims Made*”, que cito a continuación: **(i)** que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, y **(ii)** que las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora, se hayan efectuado durante la vigencia de la póliza.

Frente al hecho 4.: A mí representada no le consta de manera directa que el señor Giancarlo Estévez Murillo haya sido atendido en el mes de abril de 2018 en una unidad propia de SALUD TOTAL EPS S.A. (UUBC Versalles), pues esta no tuvo intervención alguna en la atención médica. No obstante, de la historia clínica obrante en el expediente se desprende que en las fechas indicadas el mencionado demandante recibió atención médica en la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A.

Al respecto debe precisarse con detalle que en la demanda se atribuye responsabilidad por la atención médica recibida por el señor Estévez Murillo en la CLÍNICA VERSALLES S.A. MANIZALES, **entidad que no corresponde a una unidad propia** de SALUD TOTAL EPS

S.A. Por lo tanto, la eventual responsabilidad civil que se derive del servicio médico prestado en este lugar no está cubierto por la Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0, pues existe una clara exclusión al respecto en la carátula del seguro (literales a y d):

EXCLUSIONES:

Allianz no será responsable por lo eventos descritos como exclusiones en el condicionado ALLIANZ y en el anexo de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales citados, además del siguiente:

- a. Cualquier práctica médica desarrollada en sitios diferentes a las unidades de atención propias.
- b. Se excluye cobertura para reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA, VIH y/o HEPATITIS y/o cualquier enfermedad infectocontagiosa.
- c. Cualquier práctica médica desarrollada por médicos diferentes a los contratados laboralmente por el asegurado, relacionados en el formulario único de cotización.
- d. Cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas.

Frente al hecho 5: A mí representada no le consta de manera directa que el señor Giancarlo Estévez Murillo haya consultado UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A., ni tampoco la posterior remisión a Urgencias de la Clínica Versalles S.A., pues esta no tuvo intervención alguna en la atención médica.

No obstante, de conformidad con lo plasmado en la historia clínica obrante en el expediente se desprende que en efecto, el demandante recibió atención médica inicial en la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD UUBC de SALUD TOTAL EPS S.A. y con posterioridad fue remitido a la Clínica Versalles S.A. (en la misma edificación).

Frente a ello, debe reiterarse que la CLÍNICA VERSALLES S.A. MANIZALES, **no corresponde a una unidad propia** de SALUD TOTAL EPS S.A. Por lo tanto, la eventual responsabilidad civil que se derive del servicio médico prestado en este lugar no está cubierto por la Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0.

Frente al hecho 6: A mi representada no le consta de manera directa la atención brindada al señor Giancarlo Estévez Murillo, comoquiera que ello resulta ajeno al conocimiento que puede tener. No obstante, existe evidencia en el expediente que permite afirmar que SALUD TOTAL EPS-S S.A., al igual que la Clínica Versalles S.A. cumplieron cabalmente con sus obligaciones al momento de la atención solicitada por el mencionado demandante, garantizando el acceso a un manejo médico continuo, con el lleno de los requisitos y estándares de calidad y de manera oportuna.

Frente al hecho 7: Es cierto que los señores Giancarlo Estévez y Luz Dary Murillo presentaron proceso verbal declarativo en contra de SALUD TOTAL EPS S.A., por una supuesta negligencia médica en la atención brindada al entonces paciente Giancarlo Estévez, 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 exigida al momento de suministrarle un servicio médico a dicho demandado, en aras de salvaguardar su vida y bienestar.

Frente al hecho 8: Es cierto que los demandantes pretenden el resarcimiento de los perjuicios que causó la supuesta negligencia médica en la atención brindada al entonces paciente Giancarlo Estévez, sin embargo, no tiene ninguna vocación de prosperidad, por cuanto dichas pretensiones se realizaron con base en una serie de argumentos subjetivos e inciertos que no se encuentran acreditados en debida forma dentro del plenario.

Frente al hecho 9: Es cierto en cuanto a que, entre mi representada, como aseguradora, y SALUD TOTAL EPS S.A., como tomadora y asegurada, se concertó contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022281640/0, cuya vigencia comprendía entre el 01 de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019, con fecha de retroactividad 01 de junio de 2013. Sin embargo, ello no significa *per se* que exista de manera automática una obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora, pues esta solo surge cuando el riesgo amparado en el mentado contrato ha sido efectivamente realizado en los términos de su cobertura, y no se configure ninguna causal legal o convencional de exclusión o de inoperancia del mismo.

De igual manera, cabe indicar que el reseñado contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de Claims Made, de manera que la cobertura en él contenida sólo podría afectarse si además de la existencia de responsabilidad civil médica y de la comprobación de que no se configura causal de inoperancia del seguro, se cumplen 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.**

Frente al hecho 10: Es cierto sólo en cuanto a que en el numeral 1 de la SECCIÓN PRIMERA – COBERTURA BÁSICA, de las condiciones generales de la Póliza No. 022281640/0, el amparo de Responsabilidad Civil Profesional fue pactado en los siguientes términos:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

Tal como se indicó a lo largo del presente escrito, es claro que no se estructuró la responsabilidad de la institución asegurada, como quiera que las actividades desarrolladas en el marco del acto médico no constituyeron ninguna falla en la prestación del servicio. Así las cosas, sin nacer la responsabilidad de la EPS en comento, no puede comprometerse la Compañía Aseguradora por riesgos que no fueron realizados por su asegurado.

En este punto es preciso señalar que la afectación de los amparos de la póliza referida, está supeditada, además de la realización del riesgo asegurado, al cumplimiento de los presupuestos de la modalidad de cobertura denominada “*Claims Made*”, que cito a continuación: **(i)** que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o dentro del

período de retroactividad pactado, y (ii) que las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora, se hayan efectuado durante la vigencia de la póliza.

Frente al hecho 11: No es cierto como está expuesto. Se precisa que puede afirmar que se ha producido un siniestro cuando se ha realizado alguno de los riesgos asegurados que se contemplan en la póliza de seguro.

Al respecto, la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022281640/0 define que siniestro, en la Modalidad CLAIMS MADE corresponde a “toda reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.”

De lo anterior se desprende 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, etcétera.

Frente al hecho 12: Este hecho contiene dos afirmaciones, frente a las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- (i) No me consta de manera directa en qué fecha SALUD TOTAL EPS S.A. recibió la citación para audiencia de conciliación extrajudicial. No obstante, se precisa que de los documentos obrantes en el expediente se desprende que la solicitud a la audiencia prejudicial por los hechos descritos en este proceso y que motivaron la presente acción judicial, se presentó el 5 de febrero de 2019 y la diligencia se llevó a cabo el 23 de abril del mismo año.
- (ii) No me consta la fecha de notificación por aviso del auto admisorio de la demanda, recibida por SALUD TOTAL EPS S.A.

Sin perjuicio de lo anterior, debe precisarse que, en atención a la modalidad Claims made con la fue pactada la póliza con base en las cual se realiza el llamamiento en garantía a mí representada, se tiene que para que la misma tenga cobertura, es indispensable que la primera reclamación al asegurado, en este caso SALUD TOTAL EPS S.A., se hubiese realizado dentro de la vigencia pactada, es decir, entre el 01 de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la pretensión 1: Frente a la solicitud correspondiente a vincular a ALLIANZ SEGUROS S.A. en calidad de llamada en garantía, comedidamente indico que, en primer lugar, el trámite de vinculación ya se efectuó conforme a lo establecido en el Auto Interlocutorio notificado por Estado el día 10 de diciembre de 2020, mediante el cual se admitió el llamamiento en comento y se ordenó notificar a mi procurada.

Frente a la pretensión 2. Me opongo en los términos indicados en esta pretensión comoquiera que no se reúnen los supuestos para que se configure la responsabilidad civil que pretende endilgarse a los demandados y por lo tanto, 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.

Frente a la pretensión 3. Me opongo en los términos indicados en esta pretensión. No puede hablarse de la existencia de cobertura cuando en este no es posible estructurar responsabilidad civil en cabeza de Salud Total EPS S.A., dado que no se probó la supuesta falla médica alegada por el extremo actor, consecuencia de lo cual, tampoco puede nacer obligación indemnizatoria de la Compañía Aseguradora. En efecto, la aludida responsabilidad de mi representada se encuentra delimitada estrictamente por el amparo otorgado, consignado de manera expresa en el contrato de seguro documentado en la Póliza No. 022281640/0, y en ese sentido, al no configurarse responsabilidad en cabeza del asegurado, tampoco surgió la obligación a cargo de Allianz Seguros S.A., y por tanto, no se realizó el riesgo asegurado en los términos de su cobertura.

De igual modo, debe tenerse en cuenta que la sociedad llamante en garantía solo tendrá derecho a la cobertura de los amparos contratados en la póliza sí y solo sí: **(i)** Se comprueba que los hechos que dieron origen al presente litigio se dieron durante la vigencia o el periodo de retroactividad pactado en las pólizas con base en las que se realizó el llamamiento, **(ii)** se comprueba que el primer reclamo que se formuló al asegurado por los hechos de la demanda se hizo dentro de la vigencia de las pólizas con base en las cuales se realizó el llamamiento, **(iii)** se declara la existencia de responsabilidad civil de la clínica asegurada, asunto que, en gracia discusión cabe referir que no se materializó, conforme se desprende del material probatorio obrante en el expediente y NO se materializa ninguna causal de inoperancia del contrato de seguro.

Frente a la pretensión 4. Me opongo a la solicitud de reembolso por parte de mi procurada al SALUD TOTAL EPS S.A., por los presuntos perjuicios que se alegan en este proceso, pues en primera medida, no es viable contemplar una condena debido a que no se realizó el riesgo asegurado en el contrato de seguro que sirvió de fundamento para llamar a Allianz Seguros S.A., de manera que no puede imponerse condena alguna en su contra; En segundo lugar, cabe resaltar que en el remoto evento en el que exista una sentencia condenatoria para SALUD TOTAL EPS lo cierto es que la obligación de mi representada en su calidad de llamada en garantía es de reembolso y de no pago directo, pues, en este caso Allianz Seguros S.A. no fue demandada directamente, por lo que existe vínculo jurídico que le permite a la parte demandante cobrar directamente el valor de una condena a la aseguradora.

Sin perjuicio de ello, es necesario señalar que la obligación indemnizatoria de mi representada no puede exceder, en ningún evento, el límite máximo asegurado, independientemente de la actualización monetaria referida por la apoderada judicial. En otras palabras, la condena a mi representada debe obedecer de manera estricta a las condiciones pactadas en el contrato de seguro en virtud del cual se formuló el llamamiento en garantía en su contra, entre ellas, la suma máxima asegurada, porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a Allianz Seguros S.A. a amparar el riesgo asegurado.

Frente a la pretensión 5. Nos oponemos de forma tajante a esta solicitud debido a que es a todas luces improcedente pretender que los valores asegurados deben ser actualizados, pues esto atenta de forma directa con el contenido del artículo 1079 del Código de Comercio que establece que de claramente establece que la aseguradora solo está obligada a responder *hasta concurrencia de la suma asegurada*, de manera que pretender que se reconozca un valor adicional por concepto de actualización, es contrario a derecho y antitécnico.

Frente a la pretensión 4 (sic). Me opongo a esta pretensión, debido a que en este caso no existe fundamento para deprecar condena alguna en cabeza de mi representada, razón por la cual no es procede imponer pago de costas y agencias en derecho.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

- **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, POR CUANTO NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES N° 022281640 / 0**

Se propone esta excepción, sin que con ello se comprometa mi representada, para manifestar que, en el curso del proceso, como se ha demostrado, no es posible endilgar responsabilidad a la institución demandada y por ende, a la compañía aseguradora que represento, dado que no se estructuró la responsabilidad civil del extremo pasivo. Efectivamente, la aludida responsabilidad requiere de manera indispensable la acreditación de un nexo causal, a partir del cual se predique la existencia de una relación entre el perjuicio presuntamente sufrido por los actores y la supuesta conducta del daño que pretende imputarse a la parte pasiva; en otras palabras, el perjuicio que se reclama debe provenir necesariamente de un acto imputable a los demandados, no obstante y tal como se ha acreditado, el menoscabo en la salud de la actora no encuentra su génesis en ningún acto ejecutado por la EPS demandada.

Por tanto, siendo claro que la obligación de los profesionales en salud era de medio y no de resultado, no puede atribuirse a la institución de la pasiva la situación médica de la actora, cuando en el marco del acto médico no existió falla alguna.

En este punto, vale la pena comentar que en las condiciones generales de la PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES N° 022281640 / 0, se definió el amparo en los siguientes términos:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

Considerando lo anterior y sabiendo que no se configura responsabilidad civil a cargo de Salud Total EPS S.A., no se realiza tampoco el riesgo asegurado por la Compañía.

En ese sentido, el artículo 1131 del Código de Comercio establece que:

En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado...

De ahí que surge la necesidad de que el hecho originario del proceso sea imputado a la nombrada institución, de manera que y como consecuencia del negocio asegurativo concertado entre aquella y mi representada, esta se vea obligada a indemnizar los perjuicios causados por el asegurado, no obstante, ello no puede ocurrir en este caso, porque 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 EPS SALUD TOTAL o de la Clínica Versalles 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.

En los anteriores términos, solicito al señor Juez tener por probada la presente excepción.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022281640/0, OPERA BAJO LA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA “CLAIMS MADE”.**

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.^[1]

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 cumplirse principalmente 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 Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No.022281640/0, con vigencia del 01 de junio de 2018 al 31 de mayo de 2019, suscrito entre Salud Total E.P.S. S.A. y mi representada, fue pactado bajo la modalidad de cobertura Claims Made, tal y como se consignó de manera expresa en sus condiciones particulares:

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del inicio de vigencia de esta póliza, es decir el 01 DE JUNIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

En efecto, para que esta póliza tenga cobertura, es necesario que además de la ocurrencia del riesgo asegurado, se acrediten los presupuestos enunciados, asunto que deberá analizarse en el decurso procesal respectivo.

Solicito al señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **EXCLUSIÓN EXPRESA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN UNIDADES DE ATENCIÓN QUE NO SON DE PROPIEDAD DE SALUD TOTAL EPS Y DEMÁS CAUSALES DE EXCLUSIÓN.**

Dentro de las condiciones particulares de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640 / 0 suscrita entre mi representada y la SALUD TOTAL EPS. S.A., se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional y la delimitación de la extensión del riesgo asumido por ALLIANZ SEGUROS S.A. 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 asegurativo.

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 las pólizas determinadas barreras cualitativas que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente como **exclusiones**

de la cobertura. Dentro de las exclusiones del seguro concertadas por las partes se pactaron la de ausencia de cobertura por la responsabilidad derivada de la atención médica en unidades que no fuesen de propiedad de SALUD TOTAL EPS S.A.:

EXCLUSIONES:

Allianz no será responsable por lo eventos descritos como exclusiones en el condicionado ALLIANZ y en el anexo de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales citados, además del siguiente:

- a. Cualquier práctica médica desarrollada en sitios diferentes a las unidades de atención propias.
- b. Se excluye cobertura para reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA, VIH y/o HEPATITIS y/o cualquier enfermedad infectocontagiosa.
- c. Cualquier práctica médica desarrollada por médicos diferentes a los contratados laboralmente por el asegurado, relacionados en el formulario único de cotización.
- d. Cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas.

Ahora bien, al respecto cabe resaltar que en el caso que nos ocupa que se atribuye responsabilidad, no solo por la atención médica recibida por el señor ESTÉVEZ MURILLO en la UUBA de SALUD TOTAL EPS, sino también por la atención brindada en CLÍNICA VERSALLES S.A. MANIZALES, entidad que no corresponde a una unidad propia de la EPS. Se tiene entonces la responsabilidad que eventualmente se derive del servicio médico en esa clínica no está cubierto por la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022281640/0, pues existe una clara exclusión al respecto en la carátula del seguro (literales a y d).

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

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

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

Sin perjuicio de los argumentos expuestos a través de este documento, se propone esta excepción, sin que con ello se esté comprometiendo a mi representada, a fin de manifestar que en el improbable caso en que el Juzgador considerara que sí nace obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora, la misma deberá sujetarse al tenor literal de las condiciones particulares y generales de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 022281640/0, entre ellas la suma máxima a la cual estaría eventualmente obligada Allianz Seguros S.A.

Al respecto, el Código de Comercio en su artículo 1079, ha previsto: “*El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada (...)*”; siendo así las cosas, en el improbable caso de proferirse una condena a mi representada, ésta se verá condicionada a los valores asegurados en el contrato y a los deducibles pactados en el mismo.

En orden de lo comentado, las condiciones pactadas en el referenciado contrato indicarán el tope de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi representada. Tales condiciones fueron establecidas así:

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	300.000.000,00	1.000.000.000,00
10.RC. Profesional	300.000.000,00	1.000.000.000,00

Así las cosas, en cualquier evento, la obligación de la compañía nunca podrá exceder el límite arriba indicado, equivalente a trescientos millones de pesos (\$300.000.000), porque con ello, además, se garantiza el equilibrio económico que llevó a Allianz Seguros S.A. a asumir el riesgo asegurado.

• **EXISTENCIA DE DEDUCIBLE EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 022281640/0**

Se plantea esta excepción, solo si en gracia de discusión se profiriera un fallo condenatorio al extremo pasivo, y por ende a mi representada, a fin de que se tengan en cuenta las condiciones particulares de la póliza, específicamente la relacionada con el deducible pactado, equivalente al diez por ciento (10%) del valor de la pérdida, mínimo cinco millones de pesos (\$5.000.000). Tal deducible corresponde a la porción que, en caso de ocurrencia del siniestro, deberá pagar exclusivamente el asegurado:

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC Profesional:
10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000

Demás Eventos:
10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$3.000.000

En ese orden, solicito respetuosamente que en caso de que se profiera una sentencia adversa a los intereses de mi procurada, la obligación indemnizatoria de esta, se sujete a las estipulaciones contractuales contenidas en la mentada póliza.

• **EL CONTRATO DE SEGURO ES DE CARÁCTER INDEMNIZATORIO**

Se propone esta excepción para manifestar que en todo caso, los contratos de seguro en virtud de los cuales se pretende responsabilizarse a mi procurada, son de carácter meramente indemnizatorio, de modo que con ocasión a él no puede perseguirse un enriquecimiento injustificado. Así lo establece el artículo 1088 del Código de Comercio, que reza literalmente:

*Respecto del asegurado, los **seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso.** (Negrita fuera del texto original).*

En ese sentido, si en gracia de discusión naciera obligación indemnizatoria a cargo de la parte pasiva, los reconocimientos a los que acceda el Despacho deben estar encaminados a resarcir en la justa medida, los perjuicios que se acrediten causados de manera efectiva y sobre los

cuales, además, se tenga certeza de su cuantía. De modo que, no siendo lo anterior propio de las pretensiones propuestas por el extremo actor, las mismas deberán desatenderse, para en su lugar, reconocer, si a ello hubiere lugar, las que prudencialmente le llegaran a corresponder.

Solicito, respetuosamente, que por lo anterior se tenga por probada esta excepción

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

Se formula esta excepción sin que implique reconocimiento de responsabilidad u obligación alguna a cargo de mi representada, en caso de que se llegare a probar dentro del proceso, que operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro, en virtud de las eventuales peticiones judiciales o extrajudiciales que los demandantes hayan formulado al asegurado, y que sean desconocidas por mi procurada.

En efecto, respecto al régimen especial de prescripción en materia de seguros, el Código de Comercio en su Artículo 1081, establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, si no también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Al respecto señala la mencionada disposición:

"Art. 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.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes".

Al señalar la disposición transcrita los parámetros para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria, y el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aun cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca, entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

Ahora bien, respecto al asegurado, el término prescriptivo, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 1131 del C.Co., empieza a correr desde el momento en que la víctima le formule el reclamo.

En efecto, Art. 1131 del C.Co. preceptúa:

"Art. 1131. Configuración del siniestro en el seguro de responsabilidad civil. En el seguro de responsabilidad civil 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 a la víctima. **Frente al asegurado, ello ocurrirá desde cuando la víctima le formule la petición judicial o extrajudicial.***” (Negrilla y sublínea ajenas al texto)

Por lo anterior, en el evento de encontrarse que transcurrieron más de dos años desde el momento en el que los demandantes le formularon la primera reclamación al asegurado (Salud Total EPS S.A.) se configuraría la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y con ello, la inexistencia de obligación alguna a cargo del asegurador.

Respetuosamente solicito al Señor Juez, declarar probada ésta excepción.

- **EXCEPCIÓN GENÉRICA**

Me refiero a cualquier hecho o derecho a favor de Allianz Seguros S.A., que resultare probado dentro del proceso. En ese sentido, y de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito declarar probada cualquier otra excepción que resulte acreditada en el curso del litigio, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

PRUEBAS

- **DOCUMENTALES**

Solicito se tengan como tales las siguientes:

1. Poder a mí conferido que me faculta para representar a ALLIANZ SEGUROS 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 ALLIANZ SEGUROS S.A., que ya obra dentro del expediente.
3. Copia de la Carátula y de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022121026/0, tomada por Clínica Versalles S.A.
4. Copia de la Carátula y de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022300905/0, tomada por Clínica Versalles S.A.
5. Copia de la Carátula y de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022281640/0, tomada por Salud Total EPS S.A.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a los demandantes GIANCARLO ESTÉVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO, 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 Allianz Seguros S.A.

- **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 Allianz Seguros S.A. a fin de que sea interrogado sobre los hechos relacionados con el proceso.

- **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

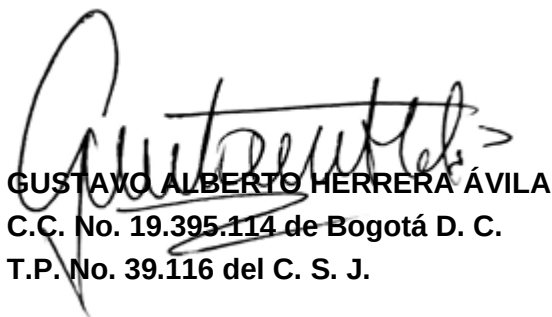
La parte demandante, en el lugar indicado en el escrito demandatorio.

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

Mi representada, ALLIANZ SEGUROS S.A. en la Carrera 13A No. 29-24, de la ciudad de Bogotá D.C. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co

El suscrito recibirá notificaciones en la secretaria de su despacho o en la Avenida 6ª Bis No.35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co.

Cordialmente,



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

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022121026 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

13 de Julio de 2017

Tomador de la Póliza

CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES)

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

Atentamente

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

SUMARIO

PRELIMINAR.....	4
CONDICIONES PARTICULARES.....	5
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
CONDICIONES GENERALES.....	11
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	11
Capítulo III - Siniestros.....	19

PRELIMINAR

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

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

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

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES) NIT: 8100032451 CALLE 51 N24-50 MANIZALES Teléfono: 8879100 Email: clinicaversalles@hotmail.com
Asegurado:	CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES) NIT: 8100032451 CALLE 51 N24-50 MANIZALES Teléfono: 8879100 Email: clinicaversalles@hotmail.com
Póliza y duración:	Póliza nº: 022121026 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 22/07/2017 hasta las 24:00 horas del 21/07/2018. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
Intermediario:	Renovable a partir del 21/07/2018 desde las 24:00 horas. SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA Clave: 1063795 CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801 PEREIRA NIT: 9002385521 Teléfonos: 3400304 0 E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CALLE 51 N24-50

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	36,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	44,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 22 DE JULIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

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

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

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

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

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

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

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

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

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

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

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

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

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

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1063795	SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Prestación de servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y de laboratorio

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

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

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$4.000.000

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a:

1. Recibir la siguiente información antes del inicio de vigencia la cual una vez evaluada podrá dar lugar a modificaciones:

* Confirmar por cada siniestro reportado los pagos realizados por concepto de gastos de defensa

* Confirmar por cada siniestro reportado los pagos realizados por concepto de indemnizaciones

* Informar la probabilidad de condena en contra o a favor del asegurado

2. A la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas**Nº de recibo: 882307137**

Período: de 22/07/2017 a 21/07/2018

Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	100.000.000,00
IVA	19.000.000,00
IMPORTE TOTAL	119.000.000,00

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso**El Asesor SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA****Teléfono/s:** 3400304 0También a través de su e-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co**Sucursal:** MANIZALES**Urgencias y Asistencia****Línea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500****En Bogotá5941133****Desde su celular al #265****www.allianz.co**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

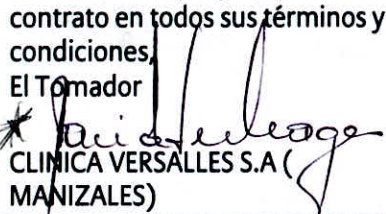
Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro



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

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y
condiciones.

El Tomador


CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES)

SEGUROS Y ASESORIAS
CIA LTDA

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

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022300905 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

17 de Julio de 2018

Tomador de la Póliza

CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES)

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

Atentamente

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

SUMARIO

PRELIMINAR.....	4
CONDICIONES PARTICULARES.....	5
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
CONDICIONES GENERALES.....	11
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	11
Capítulo III - Siniestros.....	19

PRELIMINAR

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

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

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

CONDICIONES
PARTICULARES

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES) NIT: 8100032451 CALLE 51 N24-50 MANIZALES Teléfono: 8879100 Email: clinicaversalles@hotmail.com
Asegurado:	CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES) NIT: 8100032451 CALLE 51 N24-50 MANIZALES Teléfono: 8879100 Email: clinicaversalles@hotmail.com
Beneficiario/s:	NIT:8001309074 SALUD TOTAL
Póliza y duración:	Póliza n°: 022300905 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 22/07/2018 hasta las 24:00 horas del 21/07/2019. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
Intermediario:	Renovable a partir del 21/07/2019 desde las 24:00 horas. SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA Clave: 1063795 CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801 PEREIRA NIT: 9002385521 Teléfonos: 3400304 0 E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CALLE 51 N24-50

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	44,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	114,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 22 DE JULIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

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

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

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

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

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

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

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha

de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

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

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

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

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

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

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

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1063795	SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Prestación de servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y de laboratorio

CLÁUSULAS:

Se deja constancia que la presente póliza cubre al 100% de limite asegurado contratado el Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

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

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$4.000.000

SUBJETIVIDADES:

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

POLIZA ANTERIOR 22121026

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 888163758

Período: de 22/07/2018 a 21/07/2019

Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	120.000.000,00
IVA	22.800.000,00
IMPORTE TOTAL	142.800.000,00

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Asesor SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Teléfono/s: 3400304 0

También a través de su e-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Sucursal: MANIZALES

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500

En Bogotá5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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



Representante Legal

Allianz Seguros S.A.

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

CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES)

SEGUROS Y ASESORIAS
CIA LTDA

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

CONDICIONES GENERALES

Capítulo II Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

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

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios

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

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Gastos de Defensa

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

Cauciones Judiciales

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

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

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

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

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

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

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

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

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

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

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

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

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

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

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

actividades normales en relación con:

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

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

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

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

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

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

RECLAMACION.

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

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

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

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

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

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

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

DEDUCIBLE.

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

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

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

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

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

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

DEFINICIONES.

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

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su

responsabilidad como tal.

2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

6. LIMITE ASEGURADO.

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

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

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

7. PRIMA

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

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

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del

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

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

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

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

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

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

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

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

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

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

10. GARANTÍAS

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

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

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

DERECHOS DE INSPECCIONES

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

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

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

cobertura.

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

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

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

12. CESIÓN.

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

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

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

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

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

14. AMBITO TERRITORIAL

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

15. SUBROGACIÓN

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

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

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

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

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

17. NOTIFICACIONES

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

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

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

19. DOMICILIO

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

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a QUINCE(15) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

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

Amparo automático para nuevos predios

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

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado

adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los TREINTA (30) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

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

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de (TREINTA) 30 días calendario.

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

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

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

NIT: 9002385521

CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801

PEREIRA

Tel. 3400304

E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24

Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

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

Nit. 860026182 - 5

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022281640 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

06 de Junio de 2018

Tomador de la Póliza

SALUD TOTAL EPS S SA

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

Atentamente

A P SEGUROS Y CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

SUMARIO

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

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

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

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

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro: SALUD TOTAL EPS S SA NIT: 8001309074
CR 18 CL 109 15
BOGOTA
Teléfono: 62966600
Email: miguelr@saludtotal.com.co

Asegurado: SALUD TOTAL EPS S SA NIT: 8001309074
CR 18 CL 109 15
BOGOTA
Teléfono: 62966600
Email: miguelr@saludtotal.com.co

Póliza y duración: Póliza n°: 022281640 / 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 01/06/2018 hasta las 24:00 horas del 31/05/2019.

Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

Intermediario: Renovable a partir del 31/05/2019 desde las 24:00 horas.
A P SEGUROS Y CIA LTDA
Clave: 1090107
CL 93 B CR 17 - 25 OF 205
BOGOTA
NIT: 8300029914
Teléfonos: 7560831 0
E-mail: directora.cartera@apseguros.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 18 CL 109 15

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Médica
Ambito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	300.000.000,00
Límite asegurado vigencia	1.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	1.755,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	0,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del inicio de vigencia de esta póliza, es decir el 01 DE JUNIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	300.000.000,00	1.000.000.000,00
10.RC. Profesional	300.000.000,00	1.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1090107	A P SEGUROS Y CIA LTDA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Actividades de práctica médica y odontológica, prestación del plan obligatorio de salud.

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

RC Profesional:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000

Demás Eventos:

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$3.000.000

EXCLUSIONES:

Allianz no será responsable por lo eventos descritos como exclusiones en el condicionado ALLIANZ y en el anexo de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales citados, además del siguiente:

- Cualquier práctica médica desarrollada en sitios diferentes a las unidades de atención propias.
- Se excluye cobertura para reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA, VIH y/o HEPATITIS y/o cualquier enfermedad infectocontagiosa.
- Cualquier práctica médica desarrollada por médicos diferentes a los contratados laboralmente por el asegurado, relacionados en el formulario único de cotización.
- Cualquier reclamación en la cual el asegurado haya sido llamado solidariamente a responder por servicios prestados por sus entidades de salud subcontratadas.

e. Todo acto médico o procedimiento realizado con fines estéticos o cirugía plástica está excluido.

Queda excluida la Cláusula compromisoria o de arbitramento de las condiciones generales de la Póliza.

GASTOS DE DEFENSA

Los gastos de defensa en el proceso que se adelanten como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos. La compañía sólo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado y hasta un máximo de COP \$ 15.000.000 por evento, excepto para el abogado de Salud Total EPS SA, Dra. María de los Ángeles Meza Rodríguez, o quien lo sustituya, cualquiera que sea la causa para quien se fija un tope máximo de COL \$6.000.000 por evento.

INFORMACIÓN:

RELACIÓN DE UNIDADES:

Barranquilla - Atlántico: 8
Bucaramanga - Santander: 3
Cartagena - Bolívar: 5
Cali - Valle del cauca: 1
Chinchiná - Caldas: 2
Ciénaga - Magdalena: 1
Dosquebradas - Risaralda: 2
Floridablanca - Santander: 2
Fundación Magdalena: 2
Girardot - Cundinamarca: 2
Girón - Santander: 1
Ibagué - Tolima: 6
La Loma - Cesar: 2
Manizales - Caldas: 7
Montería - Córdoba: 2
Pereira - Risaralda: 7
Sabanalarga - Atlántico: 1
Santa Marta - Magdalena: 5
Sincelejo - Sucre: 1
Soledad - Atlántico: 2
Turbaco - Bolívar: 1
Valledupar - Cesar: 5
Villavicencio - Meta: 1

RELACIÓN DE MÉDICOS:

I. Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras:61

II: Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiología, Oncología, Neurología: Cirugía 16, Ortopedia: 9

III. Médicos Generales, Patólogos, Endocrinólogos, Gastroenterólogos, Internistas, Dermatólogos, Otorrinolaringólogo, Pediatra, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatólogo, Ecografistas, Reumatólogo, Inmunólogo, Neumólogos, Nefrólogos: Médicos generales:817, Internistas: 42, Dermatólogos:12, Otorrinolaringólogo: 3 Pediatra: 80, Medicina Física y Rehabilitación: 27, Neumólogo: 1, Psicólogos: 8

IV. Odontólogos, ortodoncistas: Odontólogos: 72

V. Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías (favor especificar: Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías: Médico Familiar: 8, Médico Laboral: 3, Médico Neurocirujano: 3, Médico Psiquiatra: 3, Médico Urgenciólogo: 2, Odontólogos Endodoncista: 12, Odontopediatría: 3, Cirujano Oral: 1, Enfermeras jefe: 191, Auxiliares de Enfermería: 309, Terapistas Respiratorias: 25, Fisioterapeutas: 15, Regentes de Farmacia: 4, Auxiliar de Odontología: 8, Instructor Físico: 1, Ed. Salud: 4, Nutricionistas: 9

SUBJETIVIDADES:

La presente póliza se encuentra sujeta a recibir la siguiente información antes del inicio de vigencia:

1. Informar ingresos reales del año 2016 y estimados para el año 2017
2. A la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

ANEXO SE REALIZA ACTUALIZACION DE MEDICOS Y UNIDADES A PARTIR DEL 24/01/2018:

RELACIÓN DE UNIDADES A 31 AGOSTO 2017 (67):

Barranquilla - Atlántico: 8
Bucaramanga - Santander: 3
Cartagena - Bolívar: 5
Chinchiná - Caldas: 2
Dosquebradas - Risaralda: 2
Floridablanca - Santander:2
Fundación Magdalena: 2

Girardot - Cundinamarca: 3
Girón - Santander: 1
Ibagué - Tolima: 6
La Loma - Cesar: 2
Manizales - Caldas: 7
Montería - Córdoba: 1
Pereira - Risaralda: 7
Sabanalarga - Atlántico: 1
Santa Marta - Magdalena: 5
Sincelejo - Sucre: 1
Soledad - Atlántico: 2
Turbaco - Bolívar: 1
Valledupar - Cesar: 5
Villavicencio - Meta: 1

RELACIÓN DE MÉDICOS A 31 AGOSTO 2017 (1969):

I. Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras: 65

II: Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiología, Oncología, Neurología: Cirugía 16, Ortopedia: 13, Neurología: 1

III. Médicos Generales, Patólogos, Endocrinólogos, Gastroenterólogos, Internistas, Dermatólogos, Otorrinolaringólogo, Pediatra, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatólogo, Ecografistas, Reumatólogo, Inmunólogo, Neumólogos, Nefrólogos: Médicos generales: 816, Médico general servicio social obligatorio: 12

Médico gestor colectivo: 14, Internistas: 46, Dermatólogos: 13, Otorrinolaringólogo: 3, Pediatra: 87, Odontopediatra: 3, Medicina Fisiatru: 3, Terapeuta PAD: 28, Neumólogo: 1, Psicólogos: 18

IV. Odontólogos, ortodoncistas: Odontólogos: 72

V. Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías (favor especificar: Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías: Médico Familiar: 8, Médico Laboral: 28, Médico Neurocirujano: 3, Médico Psiquiatra: 7, Médico Urgenciólogo: 2, Cirujano Oral: 1, Higiениista oral: 28, Enfermeras jefe: 196, Auxiliares de Enfermería: 364, Terapistas Respiratorias: 31, Fisioterapeutas: 16, Regentes de Farmacia: 5, Auxiliar de Odontología: 49, Instructor Físico: 1, Ed. Salud: 3, Nutricionistas: 16

RELACIÓN DE UNIDADES A 31 DICIEMBRE 2017:

Barranquilla - Atlántico: 8
Bucaramanga - Santander: 3
Cartagena - Bolívar: 5
Chinchiná - Caldas: 2

Dosquebradas - Risaralda: 2
 Floridablanca - Santander: 2
 Fundación Magdalena: 2
 Girardot - Cundinamarca: 3
 Girón - Santander: 1
 Ibagué - Tolima: 6
 La Loma - Cesar: 2
 Manizales - Caldas: 7
 Montería - Córdoba: 1
 Pereira - Risaralda: 7
 Sabanalarga - Atlántico: 1
 Santa Marta - Magdalena: 5
 Sincelejo - Sucre: 1
 Soledad - Atlántico: 2
 Turbaco - Bolívar: 1
 Valledupar - Cesar: 5
 Villavicencio - Meta: 1

RELACIÓN DE MÉDICOS A 31 AGOSTO 2017:

I. Anestesiólogos, Ginecólogos, Ginecobstetras: 61

II: Especialistas en Cirugía, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Radiología, Oncología, Neurología: Ortopedia: 9.

III. Médicos Generales, Patólogos, Endocrinólogos, Gastroenterólogos, Internistas, Dermatólogos, Otorrinolaringólogo, Pediatra, Medicina Física y Rehabilitación, Traumatólogo, Ecografistas, Reumatólogo, Inmunólogo, Neumólogos, Nefrólogos: Médicos generales: 729, Médico general servicio social obligatorio: 12

Médico gestor colectivo: 13, Internistas: 38, Dermatólogos: 13, Otorrinolaringólogo: 3, Pediatra: 86, , Medicina Fisiatra: 2, , Neumólogo: 1, Psicólogos: 19

IV. Odontólogos, ortodontistas: Odontólogos: 65

V. Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías (favor especificar: Demás profesionales de la salud no relacionadas en las anteriores categorías: Médico Familiar: 6, Médico Laboral 21, Médico Neurocirujano: 2, Médico Psiquiatra: 7, Médico Urgenciólogo: 2, Odontólogos Endodoncista: 1, Odontopediatra 3, Cirujano Oral: 2, Enfermeras Jefes: 188, Auxiliares de enfermería: 351, Terapistas Respiratorias: 24, Fisioterapeutas: 15, Regentes de Farmacia: 5, Auxiliar de Odontología: 38, Instructor Físico: 1, ed salud 1, Nutricionistas: 14, Médico gestor colectivo: 13, I Terapeuta PAD: 27, Auxiliar de Referencia y contrareferencia: 11.

SUBJETIVIDADES:

La presente póliza se encuentra sujeta a recibir la siguiente información antes del inicio de vigencia:

1. Informar ingresos reales del año 2017 y estimados para el año 2018

2. A la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 887471335

Período: de 01/06/2018 a 31/05/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	288.000.000,00
IVA	54.720.000,00
IMPORTE TOTAL	342.720.000,00

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Asesor A P SEGUROS Y CIA LTDA
Teléfono/s: 7560831 0
También a través de su e-mail: directora.cartera@apseguros.com.co
Sucursal: CALLE 104

Urgencias y Asistencia

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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



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

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

SALUD TOTAL EPS S SA

A P SEGUROS Y CIA
LTDA

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

Capítulo II

Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

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

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.
3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delegado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios

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

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Gastos de Defensa

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

Cauciones Judiciales

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

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

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

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines

diferentes al diagnóstico o a la terapia.

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

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

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

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

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

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

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

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

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

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

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

actividades normales en relación con:

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

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

Capítulo III

Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

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

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

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

RECLAMACION.

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

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

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

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

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

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

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

DEDUCIBLE.

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

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

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

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

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

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

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

DEFINICIONES.

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

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su

responsabilidad como tal.

2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

6. LIMITE ASEGURADO.

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

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

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

7. PRIMA

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

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

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del

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

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

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

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

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

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

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

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

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

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

10. GARANTÍAS

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

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

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

DERECHOS DE INSPECCIONES

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

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

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

cobertura.

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

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

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

12. CESIÓN.

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

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

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

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

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

14. AMBITO TERRITORIAL

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

15. SUBROGACIÓN

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

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

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

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

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

17. NOTIFICACIONES

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

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

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

19. DOMICILIO

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

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a quince (15) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

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

Ampliación de términos de revocación

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

siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de treinta (10) días calendario.

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

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

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



A P SEGUROS Y CIA LTDA

NIT: 8300029914

CL 93 B CR 17 - 25 OF 205

BOGOTA

Tel. 7560831

Fax 5304265

E-mail: directora.cartera@apseguros.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24

Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

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

Nit. 860026182 - 5