

REPUBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL  
**JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO DE DESCONGESTION**

TRASLADO 108 FIJACION EN LISTA

TRASLADO No. **006**

Fecha: **17-05-2023**

Página: **1**

No. Proceso	Clase Proceso	Demandante	Demandado	Tipo de Traslado	Fecha Inicial	Fecha Final
<b>1997 03917</b>	Ejecutivo Singular	UTRAHUILCA	MARIA ELENA-SALAS RAMOS	Traslado Art. 110 CGP		
<b>2019 00479</b>	Verbal	GENER JESUS ROJAS PAYARES	CORPOMEDICA	Traslado Art. 110 CGP		

**DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ART. 108 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, SE FIJA EL PRESENTE TRASLADO EN LUGAR PUBLICO DE LA SECRETARIA, HOY**

**17-05-2023**

**Y A LA HORA DE LAS 8 A.M.**

**LUIS ALFREDO VILLEGAS MARTINEZ  
SECRETARIO**

**Firmado Por:  
Luis Alfredo Villegas Martinez  
Secretario Circuito**

**Juzgado De Circuito**

**Civil 002**

**Florencia - Caqueta**

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

Código de verificación: **c1a6131ce913918a669df1a3d6f7cec9c80c5c5355272f540c75549c9ee8d6f2**

Documento generado en 16/05/2023 02:20:57 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**

**Verbal de Jorge eliecer Rojas vs. Corpomédica. Rad. 2019-00479**

C&S Asesores y Consultores S.A.S. <infoasesoresyconsultores@gmail.com>

Mié 22/02/2023 2:32 PM

Para: Juzgado 02 Civil Circuito - Caqueta - Florencia <jcivcfl2@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: diasneydicordoba@gmail.com <diasneydicordoba@gmail.com>;corporacion medica del caqueta <corpomedicaips@gmail.com>

📎 5 archivos adjuntos (2 MB)

1002234-7.pdf; RCP-006-3.pdf; RCP-006-4.pdf; 1002234-3.pdf; CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO JORGE ELIECER.pdf;

**SEÑOR  
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE FLORENCIA.  
E. S. D.**

**REF: PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.

**DEMANDANTE:** JORGE ELIECER ROJAS HERNÁNDEZ Y

OTROS. **DEMANDADOS:** CORPOMEDICA IPS Y CLINICA MEDILASER S.A.

**LLAMADA EN GARANTÍA:** LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

**RADICADO:** 180013103002-2019-00479-00

Buenas tardes:

Actuando en calidad de apoderada de **LA PREVISORA S.A, COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de la manera más respetuosa posible, me permito allegar en archivo adjunto contestación de la demanda y del llamamiento en garantía, junto con los anexos que se solicitan tener como prueba dentro del proceso.

Cordial saludo,

**PAOLA CASTELLANOS SANTOS**

**Teléfono: 8127838**

**Cel. 310 341 3747**

**Bogotá D.C. - Colombia**

j02

**SEÑOR**  
**JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE FLORENCIA.**  
**E. S. D.**

Página | 1

**REF: PROCESO:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.  
**DEMANDANTE:** JORGE ELIECER ROJAS HERNÁNDEZ Y OTROS.  
**DEMANDADOS:** CORPOMEDICA IPS Y CLINICA MEDILASER S.A.  
**LLAMADA EN GARANTÍA:** LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE  
SEGUROS.  
**RADICADO:** 180013103002-2019-00479-00

**PAOLA CASTELLANOS SANTOS**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.493.712 de Bogotá D.C., abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 121.323 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada de **LA PREVISORA S.A, COMPAÑÍA DE SEGUROS**, de conformidad con el poder que se allegó al expediente, mediante correo electrónico del 01 de febrero de 2023 conforme a lo previsto en la ley 2213 de 2022, muy respetuosamente me permito **dar contestación a la demanda y al llamamiento en garantía** dentro del término legalmente previsto para el efecto y de acuerdo con el auto de fecha 8 de julio de 2022, notificado de forma electrónica a la compañía aseguradora mediante correo electrónico recibido el día 27 de enero de 2023, teniéndose por notificada la misma al finalizar el 31 de enero de 2023, por lo que el término para contestar la demanda y el llamamiento en garantía corre entre el 1 de febrero de 2023 al 28 de febrero de 2023, para lo cual ruego se sirva tener en cuenta las siguientes consideraciones de hecho y de derecho:

**I. Respecto de la demanda presentada por el señor JORGE ELIECER ROJAS HERNANDEZ Y DEMÁS DEMANDANTES.**

## **1. De los Hechos de la demanda**

Procedo a contestar uno a uno conforme se indica a continuación:

Página | 2

**Al hecho PRIMERO:** No me consta, por ser un hecho totalmente ajeno a LA PREVISORA SEGUROS S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS, en el cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho SEGUNDO:** No me consta, por ser un hecho totalmente ajeno a LA PREVISORA SEGUROS S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS, en el cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho TERCERO:** No me consta, por ser un hecho totalmente ajeno a LA PREVISORA SEGUROS S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS, en el cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho CUARTO:** No me consta, por ser un hecho totalmente ajeno a LA PREVISORA SEGUROS S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS, en el cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho QUINTO:** No me consta por ser una situación totalmente ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna, por lo que me atengo a lo que resulte demostrado dentro del proceso. Es importante mencionar que este hecho contiene una apreciación subjetiva al afirmar que hubo una falla en la atención medicada realizada por la CLINICA CORPOMEDICA, situación que es sólo dable ser declarada por el Señor Juez.

**Al hecho SEXTO:** No me consta por ser una situación totalmente ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, por lo que me atengo a lo que resulte demostrado dentro del proceso.

**Al hecho SEPTIMO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación

alguna, por lo que me atengo a lo que resulte demostrado dentro del proceso.

**Al hecho OCTAVO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna.

Página | 3

**Al hecho NOVENO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho DECIMO:** No me consta lo allí indicado por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho DÉCIMO PRIMERO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna. Adicionalmente este hecho contiene una apreciación subjetiva, ya que el demandante manifiesta que el fallecido no recibió atención medica inmediata, cuestión que será objeto de debate en el proceso.

**Al hecho DÉCIMO SEGUNDO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho DÉCIMO TERCERO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS. Adicionalmente, téngase en cuenta que las manifestaciones respecto del desbloqueo del celular que llevan al apoderado de la parte demandante a concluir que el paciente se encontraba consciente y orientado, son suposiciones y manifestaciones subjetivas, pues es claro que con la huella se puede desbloquear el teléfono aún estando la persona inconsciente.

**Al hecho DÉCIMO CUARTO:** No me consta por ser una situación ajena

a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna. No obstante, tal como lo manifiesta el demandado, el paciente SI fue atendido en términos razonables y de acuerdo con la sintomatología que presentaba.

**Al hecho DÉCIMO QUINTO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho DÉCIMO SEXTO:** No me consta lo relacionado con el trámite de la remisión por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna. Las demás manifestaciones del hecho son apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante, quien carece de fundamentos técnicos.

**Al hecho DÉCIMO SÉPTIMO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho DÉCIMO OCTAVO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna.

**Al hecho DÉCIMO NOVENO:** No es un hecho se trata de una valoración subjetiva que hace la parte demandante.

**Al hecho VIGÉSIMO:** NO es un hecho, se trata de un juicio de valor a la situación presentada, donde el demandante emite juicios sobre la responsabilidad del demandado, juicios que no le corresponden al extremo demandante.

**Al hecho VIGÉSIMO PRIMERO:** NO es un hecho, se trata de un juicio de valor a la situación presentada, donde el demandante emite juicios sobre la responsabilidad del demandado, juicios que no le corresponden al extremo demandante.

**Al hecho VIGÉSIMO SEGUNDO:** No me consta por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS

## **2. De las pretensiones de la demanda:**

Página | 5

Solicito a su Despacho, DENEGAR la totalidad de las pretensiones elevadas en la demanda, por cuanto las mismas carecen totalmente de fundamento jurídico y fáctico, por ende, deberán ser rechazadas en la sentencia con que se ponga fin al proceso por las razones que fundamentan las excepciones.

En todo lo que no se oponga a los intereses de la aseguradora, la misma coadyuva la defensa esgrimida por los demandados.

## **2. Excepciones de mérito contra la demanda.**

### **2.1. AUSENCIA DE FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO.**

Teniendo en cuenta que la falla en la prestación del servicio médico es el título de imputación pretendido por la parte actora, con la presente excepción se busca resaltar al despacho que dicha falla NO EXISTIÓ en el presente caso y por ende el demandante NO LA ACREDITA, recordando que la carga de la prueba está en cabeza de éste, ya que es el demandante quien realiza unas afirmaciones que de manera detallada y específica, debe probar.

En los casos de responsabilidad médica nos encontramos en un régimen de falla probada, esto traduce que está en cabeza de la parte actora acreditar con absoluta certeza y sin lugar a presunciones, que los daños que pretende endilgar en cabeza del demandado son atribuibles a su

actuar y generaron el supuesto daño demandado, así las cosas debe demostrarse el daño, la falla del servicio médico y el nexo de causalidad, para que pueda declararse la responsabilidad, situación que no se vislumbra en el proceso y por lo mismo no puede ser hallada responsable la entidad demandada.

Lo anterior ha sido definido por el Consejo de Estado entre otras, en sentencia del 31 de agosto de 2006, radicado 14786, al indicar se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica, y el nexo causal entre esta y aquel, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de pruebas legalmente aceptado incluso de la prueba indiciaria.

De lo previamente expuesto se concluye que el régimen de responsabilidad médica:

- Es un régimen subjetivo, donde existe una obligación de medio ya que la prestación del personal médico no consiste en garantizar un resultado, para casos como el que nos ocupa: la curación; en tanto su obligación obedece a disponer en favor del paciente, los conocimientos y procedimientos conformes con el protocolo médico, sin que ello implique garantizar que el paciente sea curado.
- El régimen exige una culpa probada, siendo obligación del demandante demostrar con las pruebas idóneas, el nivel de culpabilidad en cabeza de demandando especificando los actos que comportan la culpabilidad, cuestión que no se vislumbra en el proceso que nos ocupa.

Así las cosas, para que las pretensiones aquí incoadas sean acogidas, es necesario contar con una prueba plena por parte de la parte actora, que sin lugar a duda alguna, acrediten el obrar culposo del demandado, pues

reiteramos, estamos frente a una profesión cuyo actuar es de medio y no de resultado.

En tal sentido y verificando los documentos que obran en el proceso, podemos afirmar que NO HAY ELEMENTO QUE ACREDITE ERROR DE CONDUCTA ALGUNO en cabeza de la clínica demandada y sus médicos, en cambio, existe circunstancias, afirmaciones y documentos como la historia clínica, que dan lugar a evidenciar un obrar cuidadoso, oportuno y diligente que se ajusta a la *lex artis* y a los recursos técnicos y científicos con los que disponía el demandado.

Página | 7

Lo previamente afirmado se concluye porque de la simple lectura de la historia clínica aportada, se deduce de manera inequívoca que dada la sintomatología que presentaba el usuario al requerir la prestación del servicio de salud, se le atendió con idoneidad y diligencia de acuerdo a su patología y su estado de salud, el cual NO ES CIERTO que dicho estado de salud fuera bueno al ingreso a la IPS, pues si se lee la epicrisis, allí se indica que ingresa con REGULAR ESTADO GENERAL.

Ahora bien, en cuanto a la afirmación hecha por el demandante en relación con la ausencia del servicio de ambulancia en la Clínica demandada, como supuesto elemento que incidió en el fallecimiento del paciente, resulta relevante mencionar que esa es una afirmación del demandante realizada de manera escueta y sin prueba alguna, pues de acuerdo con lo manifestado en la contestación de la demanda y con el certificado emitido por la Secretaria de Salud Departamental, se concluye que no era obligatorio que la Clínica Corpomédica contará con servicio de ambulancia.

Traducido todo lo anterior al caso que nos ocupa, es claro que no nos encontramos frente a una falla presunta, y es por tal razón que le asiste la obligación inequívoca al actor, de acreditar con pruebas fehacientes la Falla del Servicio médico, traducida en la supuesta negligencia del personal médico, negligencia que del material obrante en el expediente es imposible concluir.

Como consecuencia de lo expuesto, se solita respetuosamente al Despacho que declare probada la excepción de ausencia de falla en la prestación de servicio médico, se nieguen las pretensiones de la demanda y se exonere de responsabilidad a la entidad demandada.

## **2.2. AUSENCIA RESPONSABILIDAD DE LAS DEMANDADAS POR INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL – AUSENCIA DE IMPUTACIÓN FÁCTICA Y JURÍDICA.**

Ninguna responsabilidad civil escapa a la necesidad de acreditar la concurrencia de todos y cada uno de los elementos que el ordenamiento contempla para que la responsabilidad se entienda configurada. Dentro de ellos, se encuentra la necesidad de que la parte demandante demuestre de manera plena en el proceso, que el perjuicio cuya reparación persigue realmente provino de manera directa de una conducta del demandado.

Entre la acción y/o la omisión y el daño, debe mediar, necesariamente un nexo de causalidad directo y adecuado, DEBIDAMENTE PROBADO POR EL DEMANDANTE, de manera tal que este es uno de los elementos necesarios para la configuración de la responsabilidad, por lo que su ausencia devendría en la imposibilidad de atribuirla.

La jurisprudencia de las altas cortes se ha encargado de definir el concepto de nexo causal así:

*“... el nexo causal es la determinación de que un hecho es la causa de un daño. (...) la existencia del nexo causal es necesaria causa eficiente y determinante del daño que dicen haber sufrido quienes deciden acudir ante el juez con miras a que les sean restablecidos los derechos conculcados”<sup>2</sup>*

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 27 de abril de 2011. Exp. N° 19155.

*“El nexa causal entre la conducta y el daño, en línea de principio, puede describirse como un enlace entre un hecho antecedente y un resultado consecuente que no es otro que el perjuicio; en otras palabras, corresponde a una relación causa efecto.”<sup>3</sup>*

De las anteriores citas resulta claro concluir, que para el presente caso el demandante debe probar que el daño reclamado tiene una relación consecuente o causa efecto, con los hechos que indica en la demanda, lo que significa que es su obligación demostrar que el daño supuestamente causado, tiene una causa directa en los hechos redactados en la demanda y que son imputados a la CLINICA CORPOMEDICA, vale decir en otras palabras, que pese al ataque con arma blanca del que fue víctima el paciente, éste hubiera sobrevivido.

La doctrina ha indicado que *“el elemento nexa de causalidad es estructural dentro del juicio de responsabilidad y no admite ningún tipo de presunciones”<sup>4</sup>* y es así como en este caso del material probatorio allegado por el demandante, éste no logra acreditar la imputación de nexa causal, ya que i). No identificó ningún tipo de actuación de hubiera sido desplegada por la CLINICA demandada y que hubiera tenido causa efecto con el fallecimiento del Señor Jhon Jaime Rojas Pallares y ii) Tampoco se evidencia de manera específica cual fue el deber jurídico que la clínica demandada supuestamente desatendió.

Contrario a lo anterior y tal como lo asegura la entidad demandada y se puede validar en la Historia Clínica, la atención al Señor Jhon Rojas fue oportuna y su remisión se hizo con prontitud, tan es así que el paciente ingresó al hospital alrededor de las 11:00 p.m. y su deceso transcurrió aproximadamente 90 minutos después de ingresar a la clínica demandada y de haber sido remitido a otra institución de mayor nivel, es decir, su despacho debe considerar que 90 minutos es un tiempo razonable y del cual no se puede presumir una atención demorada e inoportuna, ya que

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 23 de noviembre de 1990 GJ.2443.

<sup>4</sup> Patiño, Hector Dominguez. El Trípode o el bípode: la estructura de la responsabilidad.

fueron aproximadamente 90 minutos para ingresar a la Clínica demandada, recibir la atención inicial que los protocolos médicos exigen, ser remitido a otra entidad e ingresar y ser atendido en la Clínica donde finalmente fallece a causa de las graves lesiones que presentaba.

Se observa adicionalmente en la historia clínica que el paciente si fue canalizado, se le ordenó oxígeno por cánula nasal, se realizó asepsia y antisepsia en la herida y se ordenó la remisión del paciente, para lo cual se dispuso la búsqueda de la ambulancia, actuaciones éstas que evidencian que si se prestó el servicio médico de urgencias requerido y no como se señala erróneamente en los hechos de la demanda.

Es claro, con base en lo previamente expuesto, que la causa de la muerte NO es Negligencia Médica o una Falla del Servicio de la entidad demandada, si no una complicación propia de la grave lesión que sufrió el fallecido, sin que haya lugar a concluir nexos causales alguno entre el daño y el acto médico del personal de la entidad demandada, es claro que el daño tiene nexos causales directos con la lesión que le fue causada al fallecido en el hurto, más no a una supuesta falla en el servicio médico prestado por la Clínica demandada.

Por lo expuesto, ante la inexistencia del nexo de causalidad, solicito de la manera más respetuosa posible, se sirva declarar probada la excepción propuesta y negar las pretensiones de la demanda.

### **2.3. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE LOS PERJUICIOS MATERIALES.**

En cuanto a los perjuicios de índole patrimonial, es importante que el despacho tenga presente lo siguiente:

**LUCRO CESANTE:** Dentro de las peticiones de la demanda, encontramos una solicitud de reconocimiento de Lucro Cesante consolidado y futuro en favor de la cónyuge del fallecido, solicitud que no debe ser atendida de

manera favorable ya que la supuesta dependencia de la cónyuge no tiene ningún sustento probatorio que la respalde y no es posible que el despacho proceda con el reconocimiento de un perjuicio cuyo único sustento es una manifestación en la demanda.

Adicionalmente en la demanda no es clara respecto del monto pedido por concepto de Lucro Cesante, que monto es solicitado para la cónyuge y lo solicitado para los hijos del fallecido. Aunado a lo anterior, la liquidación del lucro cesante, no es realizada de acuerdo con los precedentes legales y jurisprudenciales, pues toman el Lucro Cesante como un todo calculándolo exclusivamente sobre la vida probable del fallecido, ignorando que se debe liquidar descontando temas prestacionales y el porcentaje para la propia subsistencia, así mismo que la liquidación debió realizarse por cada uno de los supuestos beneficiarios de este concepto, donde se debe tener en cuenta la expectativa de vida no solo del fallecido, si no las edades probables de dependencia de los menores hijos, por ende es claro que no hay fundamento probatorio que acredite este concepto y además se encuentra liquidado de manera errada.

Por lo expuesto, solicito de forma respetuosa, se declare probada la excepción propuesta y se nieguen en consecuencia, las pretensiones de la demanda.

#### **2.4. LA TASACIÓN DE PERJUICIOS NO CUMPLE CON LINEAMIENTOS JURISPRUDENCIALES.**

Se solicita el Señor Juez que, en caso de emitir condena, se disminuya el monto de la misma, teniendo en cuenta los parámetros aprobados por el Honorable Consejo de Estado en sentencia de unificación en el año 2014, sobre la reparación de perjuicios inmateriales, los cuales deben seguirse como parámetro imperativo para solicitar daños extrapatrimoniales, así:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Victima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
PORCENTAJE	100%	50	35	25%	15
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

De lo anterior se deduce que en la demanda que nos ocupa, se pretende una indemnización para algunos de los demandantes, en unas sumas que desconocen el precedente jurisprudencial acá mencionado, en particular para la "suegra" y el "hijastro"

Adicional a lo concerniente a los perjuicios morales, la parte demandante pretende una condena por conceptos tales como daño a la vida en relación y daño a la salud, sin ahondar en los fundamentos facticos y jurídicos de tal petición, adicional a ello, en relación con el daño a la vida en relación, la misma jurisprudencia del Consejo de Estado, indica que este concepto se subsume en el daño a la salud, perjuicio que de manera exclusiva se le reconoce única y exclusivamente a la víctima sobreviviente, situación que no aplica en este caso.

## 2.5. FALTA DE CAUSA PARA DEMANDAR

La demanda va dirigida, entre otras, a que se declare la existencia de una responsabilidad civil médica, la cual, del material probatorio existente a la fecha en el proceso, no se puede establecer, ya que el demandante NO ha demostrado el daño ni el nexo causal entre este y los hechos relacionados con la oportuna atención médica brindada al fallecido, cuestión que deja entrever que no existe una causa objetiva para demandar.

Por lo expuesto, solicito de la manera más respetuosa posible, se sirva declarar probada la excepción propuesta, negar las pretensiones de la demanda y condenar en costas a la parte demandante.

## **2.6. DEL COBRO DE LO NO DEBIDO:**

Es bien sabido por el despacho que la Ley y la Jurisprudencia colombiana, existe el Principio de no enriquecimiento sin causa por el cobro de lo no debido, principio que al parecer el demandante desea desconocer, ignorando lo preceptuado en el artículo 1524 del Código Civil, el cual prohíbe que existan obligaciones sin causa real y lícita, cuestión que sirve de sustento para impedir que se realicen desplazamientos patrimoniales en favor de quien no tiene una causa. Es así como endilgar responsabilidad a cargo de los demandados y condenarles al pago de una condena en favor de la parte actora, no tendría razón de ser, puesto que la parte interesada no logra acreditar que los daños que pretende que se le indemnicen fueron efectivamente causados, ignorando que una de las condiciones para que el daño sea indemnizado, es que sea cierto.

Es así como las pretensiones de la demanda que pretenden obtener el pago de sumas de dinero por parte de los demandados, no están llamadas a prosperar puesto que no existe una causa que permita derivar responsabilidad alguna en cabeza de éstos.

Es por las razones expuestas que solicito respetuosamente al Despacho que declare probada la excepción de cobro de lo no debido y que exonere a los demandados.

## **2.7. LAS DEMÁS GENÉRICAS QUE SE PRESENTEN EN EL DESARROLLO DE LA CONTROVERSIA.**

Ruego al Señor Juez, declarar probadas las excepciones que en el curso de la presente controversia se llegaren a presentar.

Con fundamento en las anteriores consideraciones de hecho y de derecho planteadas en el presente escrito, solicito muy respetuosamente, declarar probadas las excepciones propuestas.

**II. Respecto del llamamiento en garantía formulado a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS por parte de CORPOMEDICA IPS.**

**1. En cuanto a los hechos que fundamentan el llamamiento en garantía:**

**Frente al hecho PRIMERO:** Es cierto, aclarando que NO se trata de un “contrato de afianzamiento” como lo manifiesta el llamante, si no de un Contrato de Seguro.

**Frente al hecho SEGUNDO:** Es parcialmente cierto. La póliza fue otorgada con una vigencia inicial del 5 de febrero de 2013 al 5 de febrero de 2014 y renovada hasta el 5 de febrero de 2020, póliza que se otorgó bajo la modalidad de seguro por reclamación o claims made.

**Frente al hecho TERCERO:** Es cierto. No obstante la cobertura de la póliza está limitada a unos sublímites por perjuicios extrapatrimoniales que se explicarán más adelante.

**Frente al hecho CUARTO:** No me consta. por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna.

**Frente al hecho QUINTO:** No me consta. por ser una situación ajena a LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, en la cual no tuvo participación alguna.

**Frente al hecho SEXTO:** Es cierto tal y como consta en los documentos

del proceso.

**Frente al hecho SÉPTIMO:** No es un hecho, es una petición a la cual me opongo por las razones que se mencionarán más adelante.

Página | 15

**Frente al hecho OCTAVO:** No es un hecho.

**Frente al hecho NOVENO:** No es un hecho, es un fundamento de derecho.

**Frente al hecho DECIMO:** No es cierto y aclaro: La póliza se otorgó bajo la modalidad de seguro por reclamación o claims made, lo que implica que sólo se otorga cobertura por cualquier acto médico de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza, lo que implica que en este caso, tanto el hecho como la reclamación debieron ocurrir en vigencia del contrato de seguro.

## **2. En relación con la pretensión del llamamiento en garantía:**

**Me opongo,** toda vez que los hechos no tienen cobertura por la póliza mencionada, además de que se ha materializado el fenómeno de la prescripción y la ineficacia del llamamiento en garantía, tal y como procederemos a explicar a continuación.

## **3. En relación con las excepciones de mérito frente al llamamiento en garantía.**

Solicito al Señor Juez, al momento de fallar la controversia, tener en cuenta las excepciones de fondo que seguidamente se proponen:

### **3.1. INEFICACIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

El artículo 66 del C.G.P., consagra:

**“TRÁMITE.** *Si el juez halla procedente el llamamiento, ordenará notificar personalmente al convocado y correrle traslado del escrito por el término de la demanda inicial. Si la notificación no se logra dentro de los seis (6) meses siguientes, el llamamiento será ineficaz. La misma regla se aplicará en el caso contemplado en el inciso segundo del artículo anterior.”* (Resaltado fuera de texto)

Página | 16

Sobre este aspecto, la doctrina señala:

“(…) se notificará de manera personal, directa o indirecta, al llamado, labor que debe cumplirse “dentro de los seis meses siguientes” a la notificación por estado al llamante y a quienes ya están interviniendo dentro del proceso, so pena que si vence dicho término se torne ineficaz el llamamiento, es decir, deja de generar todo efecto incluyendo la interrupción del plazo de prescripción que se presenta con la presentación de la demanda de llamamiento, (…)”<sup>5</sup>

Para el caso en concreto se evidencia que en el presente asunto se torna ineficaz el llamamiento en garantía formulado, ya que el auto que ordena el mismo tiene fecha de 8 de julio de 2022 y fue notificado por Estado el 11 de julio de 2022, por lo que se contaba con seis (6) meses para hacer efectiva su notificación, es decir hasta el 11 de enero de 2023, no obstante, la compañía aseguradora, sólo vino a ser notificada del auto que admitió el llamamiento en garantía el día 27 de enero de 2023, es decir después de haber pasado los 6 meses que la ley otorga para notificar el llamamiento, so pena de ser declarado ineficaz.

Es de anotar, que en el presente asunto, no es aplicable suspensión de términos por vacancia judicial para realizar la notificación, como quiera

---

<sup>5</sup> LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. Código General de Proceso Parte General. Ed. Dupré Editores. Bogotá D.C. 2017. Pág. 383.

que los términos de meses se cuentan calendario, tal y como lo establece el artículo 118 del Código general del Proceso:

“(…)

Página | 17

Cuando el término sea de meses o de años, su vencimiento tendrá lugar el mismo día que empezó a correr el correspondiente mes o año. Si este no tiene ese día, el término vencerá el último día del respectivo mes o año. Si su vencimiento ocurre en día inhábil se extenderá hasta el primer día hábil siguiente.”

Así las cosas, se tiene entonces que el término de seis meses para notificar el auto admisorio del llamamiento en garantía venció el 11 de enero de 2023, día hábil, sin que para esa fecha se hubiere notificado efectivamente a la aseguradora, por lo que operó la ineficacia del llamamiento en garantía, situación que implica que el proceso debió continuar sin la comparecencia y participación de la aseguradora, por lo que así solicito se declare.

Por las razones expuestas de la manera más respetuosa, solicitamos a su Despacho, se declare la ineficacia del llamamiento y, por ende, se desvincule a La Previsora S.A., del proceso del asunto y se exonere de toda responsabilidad.

### **3.2. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL SEGURO.**

De conformidad con lo establecido 1081 del Código de Comercio, las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescriben a los dos años de la fecha en que se tuvo conocimiento de los hechos que dan lugar al siniestro.

Señala la norma:

“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.

Página | 18

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.”

Ahora bien, el artículo 1131 del mismo código dispone:

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

En el presente asunto ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro ordinaria, tal y como pasa a demostrarse:

La prescripción en este asunto, debe verse desde el punto de vista del asegurado, esto es, la IPS CORPOMEDICA quien fue el llamante en garantía, término que se contará desde la fecha en que la víctima le formula reclamación judicial o extrajudicial (art. 1131 C.Co.)

Como se ha dicho, dentro del presente asunto el asegurado es CORPOMEDICA IPS y frente a la misma, la reclamación extrajudicial se realizó, según se indica en el hecho VIGÉSIMO SEGUNDO de la demanda, el día en que se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, esto es el 2 de julio de 2019.

De lo anterior se extrae, que el término de **prescripción ordinario de dos (2) años inició a correr el 2 de julio de 2019, día en que se realizó la audiencia de conciliación prejudicial y venció el 2 de julio**

**de 2021, sin que para esta fecha se hubiera notificado a la compañía aseguradora** sobre el siniestro, tendiente a afectar la póliza situación ésta que se constituye en uno de los presupuestos para afectar el contrato de seguro, tal y como lo indican las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, que al respecto, señalan:

#### “CONDICIÓN OCTAVA

#### DENUNCIA DE RECLAMOS

El Asegurado se obliga a notificar a PREVISORA, por escrito cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado haya sido informado de tal reclamo.”

En gracia de discusión, aún contando la fecha de reclamación judicial (DEMANDA), de la cual también habla el artículo 1131 del Código de Comercio, igualmente pasaron más de dos años desde el momento en que el ASEGURADO tuvo conocimiento de la acción judicial iniciada en contra de él al recibir la notificación de la demanda, la cual según consta en soporte de entrega de Servicios Postales Nacionales S.A., fue radicada en la oficinas de CORPOMEDICA, el día 15 de enero de 2020, fecha en la cual nuevamente tuvo conocimiento de la reclamación judicial. Desde la mencionada fecha, hasta la fecha en que fue notificado el llamamiento a La Previsora S.A., transcurrieron de manera inequívoca, más de dos años.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros, sólo vino a tener conocimiento de los hechos con la notificación del llamamiento en garantía, esto es, el **27 de enero de 2023**, fecha para la cual ya habían transcurrido mucho más de dos (2) años tanto de la fecha de la reclamación extrajudicial, como de la judicial, configurándose de manera inequívoca y con absoluta certeza, la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Sobre este tema la doctrina se ha pronunciado y es preciso traer a colación la misma para dar claridad a este tema:

*“Se observa de la disposición transcrita que emergen dos diferentes posibilidades de acción en contra de la aseguradora, una por la víctima o sus causahabientes debido a que en ejercicio de la acción*

*directa que confiere el art. 1133 del C. de Co., la víctima puede demandar; también cuenta con la opción de demandar el asegurado, de manera que deben ser analizadas las hipótesis que estas circunstancias determinan, cuya adecuada comprensión permite superar en parte las polémicas que el art. 1131 sigue generando.*

*Si se tiene en cuenta que la víctima (...) es el beneficiario indeterminado pero determinable, que por expresa indicación del artículo 1133 del C. de Co. es interesado en el contrato de seguro pues se le otorgó acción directa, bien claro está que desde cuando se presenta el hecho externo que origina el eventual perjuicio y se conoció o debió conocer el mismo, empieza a contarse el término de prescripción ordinario de dos años, así como el extraordinario de cinco años desde cuando ocurrió el hecho, pues respecto de la víctima lo que la habilita para ejercitar la acción es que "acaezca el hecho externo imputable al asegurado.*

*(...)*

*En todas estas hipótesis el damnificado podrá demandar si no han transcurrido los plazos advertidos, según corra la prescripción ordinaria o la extraordinaria, porque estimo innegable que, si la víctima el mismo día de la ocurrencia del hecho lo conoce y además sabe la existencia de la póliza, al estar cobijada por la prescripción ordinaria por reunirse los elementos que permiten atender el cómputo bienal cuenta con ese plazo para ejercer la acción directa. Ahora bien, si no conoció y no debió conocer la existencia de la póliza, el término correrá desde cuando tenga razón de ella, sometido eso si al plazo máximo de cinco años propio de la prescripción extraordinaria y que corre respecto de la víctima desde cuando ocurrió el hecho externo imputable al asegurado, lo que evidencia que si esto acaece después del quinquenio ha prescrito la acción directa de la víctima en contra de la aseguradora.*

*Prescrita la acción directa de la víctima, ordinaria o extraordinaria, la circunstancia parece sugerir que pueda quedar la aseguradora exonerada de responder al alegar con éxito la excepción de prescripción de la acción, lo que sería cierto de ejercer el damnificado la acción directa en contra de aquella.*

*Empero, la víctima, si lo quiere, puede demandar exclusivamente al causante del daño que en la póliza de responsabilidad civil es el asegurado, acción que puede ejercitar en un plazo más amplio debido a que en la ley 791 de 2002 el término de prescripción para este tipo de acciones es de 10 años, que es el plazo previsto para todas las acciones derivadas de la responsabilidad civil, salvo cuando exista uno más corto expresamente señalado y que en este caso no se previó.*

*En esta hipótesis es el asegurado quien está habilitado para ejercer la acción pertinente respecto de la aseguradora y en ella los plazos de prescripción para el mismo se computarán desde cuando la víctima lo requiere judicial o extrajudicialmente para que pague unos perjuicios, o sea que para el asegurado no empieza a correr el plazo de los dos años en el mismo momento en que se inicia para la víctima, que es desde cuando sucede el hecho externo imputable al asegurado, sino a partir de la presentación de una reclamación judicial o extrajudicial por parte de esta, (...).*

*Un ejemplo ilustra lo anterior. Respecto de una póliza de responsabilidad civil extracontractual, el asegurado recibe comunicación de un supuesto damnificado en la que se le solicita el pago de los perjuicios que dice le ocasionó uno de los empleados del asegurado, la que se recibe el 3 de marzo del año 2010, por hechos ocurridos el 15 de enero de ese año. Como ese requerimiento extrajudicial, para los fines del art. 1131 del C. de Co., entiende ocurrido el siniestro para el asegurado, cuenta con dos años contados a partir del 3 de marzo, es decir hasta el 2 de marzo de 2012, para reclamarle a la aseguradora la indemnización, pues corre la prescripción ordinaria. Está próximo el vencimiento de esos dos años y la supuesta víctima no adelantó ninguna otra actividad, todo se limitó a esa solicitud, de ahí que no existan bases para concretar una reclamación a la aseguradora y menos para que esta indemnice.*

*No obstante, la víctima dispone de diez años a partir del 15 de enero de 2010 para demandar al causante del siniestro y, vamos a suponer, lo hace a los seis años, es decir en el año 2017. Si la aseguradora es llamada en garantía o demandada por el asegurado,*

*posiblemente la aseguradora va a proponer la prescripción como medio de defensa pues desde cuando se presentó la reclamación extrajudicial que es la base para accionar según el art. 1131, ya han transcurrido más de cinco años, plazo máximo, asumiendo la hipótesis más favorable, de la prescripción extraordinaria.”<sup>6</sup>*

La anterior posición ha sido aceptada por la jurisprudencia del Consejo de Estado, que al respecto ha precisado:

*“Está probado que la aseguradora La Previsora S.A. celebró un contrato de seguros en el que el tomador y el asegurado era el IDU, contrato que se perfeccionó con la expedición de la póliza número 1004147, cuya vigencia se extendió desde el 1° de diciembre de 2006 hasta el 1° de julio de 2008 y, con posterioridad, fue prorrogada hasta el 1° de febrero de 2009. **La aseguradora alegó la prescripción de la acción derivada del contrato de seguros, porque fue notificada del llamamiento en garantía el 5 de julio de 2013, cuando, en su criterio, ya había vencido el término de 2 años establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio para la prescripción de dicha acción, pues el siniestro ocurrió el 4 de enero de 2009 y el IDU tuvo conocimiento de las pretensiones de la demanda, al menos, desde la audiencia de conciliación que tuvo lugar el 3 de febrero de 2011.** De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, para el cómputo del término de prescripción precitado se debe tener en cuenta lo previsto en el artículo 1131 del Código de Comercio, puesto que “la demanda judicial o extrajudicial de la indemnización de la víctima al asegurado, la toma el citado precepto como hecho mínimo para la exigibilidad de la responsabilidad que pueda reclamar el asegurado frente al asegurador”, porque solo desde ese instante puede reclamarse la responsabilidad al asegurador por parte del asegurado. En este evento, el IDU requirió a La Previsora en virtud de la póliza número 1004147, luego, el término de prescripción en relación con esa aseguradora comenzó a correr con la demanda judicial o extrajudicial del damnificado o sus causahabientes, “desde el momento en que una u otra sea formulada”. **De manera que, el cómputo de la prescripción, en este caso, inició su conteo a***

<sup>6</sup> LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. Comentarios al Contrato de Seguro. Sexta Edición. Dupré Editores. Bogotá – Colombia. 2014. Pág. 517 a 526.

***partir del 30 de noviembre de 2010, momento en el que es incuestionable que el IDU ya tenía conocimiento de las pretensiones de los demandantes por vía extrajudicial, pues ese día la víctima presentó solicitud de conciliación extrajudicial y uno de sus requisitos, de conformidad con el artículo 6 del Decreto 1716 de 2009, era remitir previamente una copia de la petición a la entidad convocada, aspecto sobre el cual no se tiene prueba en el expediente, pero que no impide evaluar el conocimiento de la entidad frente a la responsabilidad endilgada y la eventual cobertura de la póliza de seguro. Bajo esa lógica, cuando La Previsora fue notificada del llamamiento en garantía el 5 de julio de 2013, la acción derivada de la póliza había prescrito, pues ya había vencido el término de 2 años establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio. Así las cosas, se configuró la excepción de prescripción en lo que respecta a las pretensiones relacionadas con la póliza número 1004147 que amparaba los perjuicios patrimoniales que sufriera el IDU y, en esa medida, le asiste razón a La Previsora en su recurso de apelación. En línea con lo anterior, la Sala revocará el ordinal tercero de la parte resolutive de la providencia apelada, que ordenó a La Previsora S.A. reembolsar al IDU lo pagado a los demandantes con ocasión del presente proceso.”*** (Negrillas fuera de texto).

Así las cosas, se tiene entonces que ha operado la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro para el asegurado, conforme a lo establecido en los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio, por lo que solicito muy respetuosamente solicito al señor Juez, se sirva declarar probada la excepción propuesta y exonerar de toda responsabilidad a la Compañía aseguradora.

### **3.3. DE LA MODALIDAD DE COBERTURA DE LA PÓLIZA No. 1002234**

Sólo en el remoto evento en que se establezca la existencia de una condena en contra de la IPS CORPOMEDICA demandada, quien fuera el llamante en garantía de La Previsora S.A., Compañía de Seguros, y que

<sup>7</sup> Consejo de Estado Sección Tercera. Sentencia del 16 de diciembre de 2020. Expediente No. 250002326000-2011-00245-01. Consejero Ponente: Dr. Martha Nubia Velásquez Rico

no se evidencia la prescripción e ineficacia previamente invocadas, ruego se sirva tener en cuenta las siguientes consideraciones de hecho y de derecho:

La póliza No. 1002234 de otorgó bajo la modalidad de seguro por reclamación o claims made, de conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, que establece la modalidad de aseguramiento por reclamación, donde el hecho y la reclamación deben ocurrir en vigencia del contrato de seguro, situación que igualmente se encuentra contemplada en la carátula de la póliza, que al respecto señala en al acápite de objeto:

Página | 24

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

Esta condición es reiterada en la misma página, en el primer punto del párrafo donde se relacionan los amparos:

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

\*Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.

Las Condiciones Generales de la Póliza No. 1002234 certificado No. 3, que fue por el cual se llamó en garantía a la aseguradora, señalan:

“CONDICIÓN NOVENA:

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, es decir, desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, sin importar que dicha póliza inicial hubiese ya vencido, siempre que el reclamo y la notificación se formule durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

#### CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

(...)

**Reclamo:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el Asegurado o su Asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un "acto médico" y/o "evento".

De acuerdo con lo anterior, los hechos objeto del presente proceso debieron haber sucedido dentro del periodo de retroactividad, es decir desde el inicio de vigencia de la primera póliza expedida, esto es, desde el 5 de febrero de 2013, pero el reclamo debe efectuarse dentro de la vigencia de la alguna de las renovaciones, sin importar que la póliza (certificado) vigente para la fecha del hecho ya estuviere vencida.

En el presente caso, el hecho ocurrió en vigencia del Certificado de modificación No. 3, empero, la reclamación no se hizo en vigencia del citado certificado, por lo cual, dicha póliza no puede verse afectada.

Es de anotar que la reclamación, como quedó visto, corresponde a la petición presentada al asegurado (Corpomedica) o a la aseguradora, bien sea judicial o extrajudicial, por lo cual, como en el presente asunto la primera reclamación se hizo de forma extrajudicial, mediante la solicitud de conciliación prejudicial, es ésta la que debe tenerse en cuenta.

Por lo anterior, para la fecha de presentación de la solicitud de conciliación prejudicial y en especial para la fecha de celebración de la audiencia de conciliación prejudicial 02 de julio de 2019, se encontraba vigente el certificado de renovación No. 7 de la Póliza No. 1002234, por lo cual, sólo éste debe ser el que pueda verse afectado, debido a la modalidad en que se otorgó el contrato de seguro (Seguro por reclamación).

### **3.4 AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, EN TANTO Y EN CUANTO LOS DAÑOS NO SE DERIVAN DE UN ACT MÉDICO**

De conformidad con el objeto de la póliza No. 1002234, al misma otorga cobertura respecto de la responsabilidad derivada de actos médicos:

“OBJETO DEL SEGURO: Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza.” (Subrayado fuera de texto).

Ahora bien, los hechos de la demanda, dan cuenta de una presunta responsabilidad civil de los demandados por falla en la prestación del servicio de salud, al no haber sido atendido en tiempo el paciente, no haber sido canalizado y no contar con ambulancia para la remisión que debía efectuarse a una institución de mayor nivel.

Las anteriores situaciones no constituyen un acto médico, dado que no hay intervención en la atención y diagnóstico del paciente que produjo el lamentable deceso.

Téngase en cuenta que la póliza es clara en señalar que sólo se otorga cobertura única y exclusivamente como consecuencia de cualquier acto médico, situación que no es la que da en el presente asunto, como ha quedado dicho.

Página | 27

Conforme a lo anterior, La Previsora S.A. Compañía de Seguros se encuentra relevada de responsabilidad, en tanto y en cuanto los hechos de la demanda no se derivan exclusivamente de un acto médico y por lo mismo la póliza No. 1002234 no puede verse afectada.

Recuérdese que de conformidad con el artículo 1056 del Código de Comercio, “el asegurador podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados,” situación que es la que se presenta en este caso, pues, se repite, no se otorgó cobertura sobre TODOS los riesgos que pudieran derivarse de la prestación del servicio de salud, únicamente se otorgó cobertura exclusivamente como consecuencia de un acto médico derivado de la prestación del servicio de salud, y como en el presente caso, no hubo un acto médico como tal que mediante el mismo causara daño a la salud del paciente, no le asiste responsabilidad alguna a la compañía aseguradora, dado que las omisiones en la prestación del servicio no gozan de cobertura.

Por lo expuesto, solicito de forma respetuosa, se sirva declarar probada la excepción propuesta y exonerar de toda responsabilidad a La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

### **3.5 AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA PREVISORA S.A.COMPAÑÍA DE SEGUROS, POR LA APLICACIÓN DE EXCLUSIONES PACTADAS**

Como se manifestó en antecedencia, no todos los riesgos a los que está expuesta la cosa asegurada o el interés asegurable gozan de cobertura en la póliza, de hecho, pueden pactarse una serie de exclusiones que de presentarse relevan de responsabilidad al asegurador.

Para el presente asunto, dentro de las exclusiones pactadas por las partes y visibles en la carátula de la póliza e igualmente contempladas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, se dispuso como exclusión que releva de responsabilidad a la compañía aseguradora, la siguiente:

“13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".

Si dentro del proceso queda demostrado que efectivamente los profesionales no atendieron al paciente al momento de su ingreso, no fue canalizado y en términos generales hubo negativa de atención al paciente, la aseguradora se encuentra relevada de responsabilidad por operar la causal de exclusión antes consignada, razón por la cual, solicito de forma respetuosa, se declare probada la excepción propuesta y se absuelva de toda responsabilidad a La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

### **3.6 LIMITE DE VALOR ASEGURADO, AGOTAMIENTO DE VALOR ASEGURADO, DEDUCIBLES Y SUBLIMITES:**

Reiterando la remota posibilidad de condena tanto en contra del demandado como del llamado en garantía, es importante que el Señor Juez, contemple el limite el valor asegurado, agotamiento del mismo, deducibles y sublímites contenidos en las dos vigencias acá mencionadas:

**PÓLIZA 1002234, Certificado 3, vigencia 2016 a 2017:** Tener presente que cuenta con un valor asegurado de \$400.000.000, además de un deducible del 10%, mínimo \$3.000.000 sobre la pérdida (indemnización), así como con un Sublímite de Perjuicios Extrapatrimoniales del 5% por evento, sobre el valor total de la póliza que

es de \$400.000.000, es decir, un sublímite de \$20.000.000 como monto máximo para cubrir cualquier perjuicio extrapatrimonial.

**PÓLIZA 1002234, Certificado 7, vigencia 2019-2020:**

Página | 29

Tener presente que cuenta con un valor asegurado de \$600.000.000, así como con un deducible del 10%, mínimo \$4.000.000 sobre la pérdida (indemnización), así como con un Sublímite de Perjuicios Extrapatrimoniales de \$50.000.000 por evento.

En cuanto al agotamiento del valor asegurado, es de suma importancia Señor Juez, que cualquier remota pero posible condena, debe emitirse teniendo presente que los valores asegurados arriba mencionados pueden agotarse con el pago de indemnizaciones ya sea por vía judicial o reclamación directa de otras personas que hayan reclamado al asegurado y afectado las pólizas objeto del llamamiento que nos ocupa en el presente caso, por esta razón resulta importante que las condenas sean emitidas con el límite e disponibilidad de valor asegurado existente al momento del pago efectivo de la aseguradora a los demandantes.

**3.4 LAS DEMÁS GENÉRICAS QUE SE PRESENTEN EN EL DESARROLLO DE LA CONTROVERSIA.**

Solicito al Señor Juez declarar probadas las excepciones genéricas que en el curso de la presente controversia se llegaren a presentar.

Con fundamento en todas las anteriores consideraciones de hecho y de derecho planteadas en el presente escrito, ruego al Señor Juez declarar probadas las excepciones propuestas.

**III. PRUEBAS**

Solicito al Señor Juez se sirva tener y decretar como pruebas las siguientes que aporto:

- PÓLIZA 1002234, Certificado 3, vigencia 2016 a 2017.
- PÓLIZA 1002234, Certificado 7, vigencia 2019 a 2020.
- Condiciones generales aplicables a las pólizas mencionadas.

#### IV. ANEXOS

1. Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.
2. Poder a mi conferido otorgado por la representante legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.
3. Certificado de existencia y representación legal de LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS, expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

#### V. NOTIFICACIONES

**LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS**, las recibirá en la Calle 57 No. 9 – 07 de la ciudad de Bogotá D.C., correo electrónico: [notificacionesjudiciales@previsora.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@previsora.gov.co)

**La apoderada** las recibirá en la Calle 104 A No. 47 A – 06, Ofc. 301 de la ciudad de Bogotá D.C., teléfonos 310 8079693 y 310 3413747, o a los correos electrónicos: [infoasesoresyconsultores@gmail.com](mailto:infoasesoresyconsultores@gmail.com) o [napao13@hotmail.com](mailto:napao13@hotmail.com) **autorizando desde ya, que toda notificación se realice por medio electrónico.**

Del Señor Juez, con toda atención.



**PAOLA CASTELLANOS SANTOS**  
C.C. N° 52.493.712 DE BOGOTÁ D.C.  
T.P.N° 121.323 del C.S.J.

PÓLIZA N°

1002234

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS  
NIT. 860.002.400-2PREVISORA  
SEGUROS

## 13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 4 MES 2 AÑO 2019			CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 7			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO		
TOMADOR 2443476-CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA						DIRECCIÓN KR 9B 8 168 164, FLORENCIA, CAQUETA						NIT 828.000.073-1			TELÉFONO 0		
ASEGURADO 2443476-CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA						DIRECCIÓN KR 9B 8 168 164, FLORENCIA, CAQUETA						NIT 828.000.073-1			TELÉFONO 0		
EMITIDO EN FLORENCIA				CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos						DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO	A LAS	
TIPO CAMBIO 1.00				701	7	4	2	2019	5	2	2019	00:00	5	2	2020	00:00	365
CARGAR A: CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA									FORMA DE PAGO 25. PAGO 30 Y SALDO			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 600,000,000.00					

Riesgo: 1 -  
KR 9 8 77 BR EL PRADO, FLORENCIA, CAQUETA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	600,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	600,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	600,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	600,000,000.00	SI	12,000,000.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 4,000,000.00	\$	NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	600,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	60,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	18,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	200,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 4,000,000.00	\$	NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	60,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	30,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV		NINGUNO	

## BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 0100010

100.000 % NO APLICA

RCP-006-4 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

Texto Continua en Hojas de Anexos...

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 al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***12,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$***2,280,000.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$\*\*14,280,000.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/FacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

09/02/2023 11:11:58

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				3894	3	PORVENIR LTDA ASESORES		

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1002234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: RENOVACION**

**7**

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA RENOVACION DE LA POLIZA A SOLICITUD DEL TOMADOR E INTERMEDIARIO. SE ANEXAN LAS CONDICIONES OTORGADAS.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR

NOMBRE: CORPORACION MÉDICA DEL CAQUETA

NIT: 8280000731

DIRECCIÓN: KR 9 9 83 FLORENCIA - CAQUETA

ASEGURADOS

NOMBRE: CORPORACION MÉDICA DEL CAQUETA

NIT: 8280000731

DIRECCIÓN: KR 9 9 83 FLORENCIA - CAQUETA

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: FLORENCIA - CAQUETA

VIGENCIA: DOCE MESES, DESDE LA FECHA EN QUE LA PRESENTE PROPUESTA SEA ACEPTADA POR EL ASEGURADO

OBJETO DEL SEGURO: Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

ACTIVIDAD: Prestación de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-5

RETROACTIVIDAD: Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción. 05/02/2013

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LÍMITE ASEGURADO: \$ 600.000.000 evento y por vigencia

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$4.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 3% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a \$50.000.000 por evento y \$200.000.000 en el agregado anual. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

Texto Continúa en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1002234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: RENOVACION**

**7**

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsorora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.
3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsorora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el Sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
  - a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza o el periodo de retroactividad contratado.
  - b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de esta póliza, su renovación, o durante el periodo de extensión para denuncias, de acuerdo a lo establecido en el condicionado general.

**EXCLUSIONES**

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente
2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1002234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: RENOVACION**

**7**

3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.
21. Amparo para nuevos predios y operaciones.
22. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

**CONDICIONES PARTICULARES.**

1. Revocación de la póliza, 30 días
  2. Ampliación de aviso de siniestro, 15 días
  3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
  4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
    - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
    - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
    - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
    - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
  5. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
  6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
  7. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
  8. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
  9. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1002234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: RENOVACION**

**7**

10. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

11. La presente oferta comercial tendrá validez de 10 días calendario. En caso de presentarse un evento siniestral o cualquier otra circunstancia que modifique las condiciones del riesgo, la presente oferta quedará sin validez automáticamente.

RADICADO:16.

RADICADO:0022520

# IDENTIFICACION DEL PAGO



**PREVISORA**  
SEGUROS

POLIZA No. 1002234

CERTIFICADO No. 7

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

**LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554**

**Ramo**  
RESPONSABILIDAD CIVIL

**Sucursal**  
FLORENCIA

<b>Valor Prima</b>	<b>Valor IVA</b>	<b>Tomador</b>
\$12,000,000.00	\$2,280,000.00	2443476 - CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
03/04/2019	\$*****0.00	\$\$\$6,000,000.00	\$\$\$1,140,000.00				
09/04/2019	\$*****0.00	\$\$\$6,000,000.00	\$\$\$1,140,000.00				

## APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Artículo 1068 " 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 al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

## CONVENIO DE PAGO: 25. PAGO 30 Y SALDO A 60 DIAS



LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

## CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 14,280,000.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	03/04/2019	\$*****0.00	\$\$\$6,000,000.00	\$\$\$1,140,000.00					
2	09/04/2019	\$*****0.00	\$\$\$6,000,000.00	\$\$\$1,140,000.00					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1002234	RESPONSABILIDAD CIVIL	7	\$*600,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de FLORENCIA a los 4 días del mes de FEBRERO de 2019

### AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA, para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS  
GERENTE

### APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "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 al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1

PÓLIZA N°

1002234

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS  
NIT. 860.002.400-2PREVISORA  
SEGUROS

## 13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

DÍA 11	MES 2	AÑO 2016	CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 3	CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°	A.P. NO					
TOMADOR 2443476-CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA							NIT 828.000.073-1									
DIRECCIÓN							TELÉFONO									
ASEGURADO 2443476-CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA							NIT 828.000.073-1									
DIRECCIÓN KR 9B 8 168 164, FLORENCIA, CAQUETA							TELÉFONO 0									
EMITIDO EN FLORENCIA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos					DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES		HASTA AÑO	A LAS
TIPO CAMBIO 1.00			701	7	11	2	2016	5	2	2016	00:00	5	2	2017	00:00	366
CARGAR A: CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA							FORMA DE PAGO 11. PAGO A 30,60 Y 9			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 400,000,000.00						

Riesgo: 1 -  
KR 9 8 77 BR EL PRADO, FLORENCIA, CAQUETA

Categoria: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

## AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	400,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	400,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	400,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	400,000,000.00	SI	4,800,000.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 3,000,000.00	\$ NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	400,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	40,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	12,000,000.00		
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	40,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% SOBRE EL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 3,000,000.00	\$ NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	40,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	20,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 SMLLV	NINGUNO	

## BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social Documento Porcentaje Tipo Benef  
TERCEROS AFECTADOS NIT 0100010 100.000 % NO APLICA

RCP-006-3 - POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

Texto Continua en Hojas de Anexos...

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 al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$****4,800,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$****768,000.00
<b>TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS</b>	<b>\$***5,568,000.00</b>

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/FacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portalllogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

09/02/2023 11:10:28

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	% COMISIÓN
				3894	3	PORVENIR LTDA ASESORES	

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1002234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: RENOVACION**

**3**

**RAMO:** RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

**TOMADOR NOMBRE:** CORPORACION MÉDICA DEL CAQUETA  
**NIT:** 828000073  
**DIRECCIÓN:** KRA 9 # 8 - 77

**ASEGURADOS NOMBRE:** CORPORACION MÉDICA DEL CAQUETA  
**NIT:** 828000073  
**DIRECCIÓN:** KRA 9 # 8 - 77

**BENEFICIARIOS:** USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

**CIUDAD:** FLORENCIA - CAQUETA.

**VIGENCIA:** DOCE MESES.

**OBJETO DEL SEGURO**

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

**ACTIVIDAD:** Institución prestadora de Servicios de Salud  
**MODALIDAD DE SEGURO:** Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE  
**CLAUSULADO:** Clausulado Previsora RCP-006-4  
**RETROACTIVIDAD:** Diciembre 27 de 2010.  
**ÁMBITO TERRITORIAL:** Colombia  
**JURISDICCIÓN:** Colombia  
**LIMITE ASEGURADO:** \$400.000.000 evento / vigencia

**DEDUCIBLES:**

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$3.000.000

**SUBLÍMITES**

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 5% por evento y 10% en el agregado anual. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 3% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 5% por evento y 10% en el agregado anual. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

**AMPAROS**

**Responsabilidad civil profesional médica:**

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsorora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.  
Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1002234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: RENOVACION**

**3**

3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.

4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsorora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.

5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.

7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsorora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.

9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.

10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "acto médico" o "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de la presente póliza, su renovación o durante el periodo de extensión de denuncias.

#### EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente

2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen.

3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.

4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.

5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.

6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.

7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
No.1002234 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

**CERTIFICADO DE: RENOVACION**

**3**

8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

**CONDICIONES PARTICULARES.**

1. Revocación de la póliza, 30 días
2. Ampliación de aviso de siniestro, 30 días
3. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.
4. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:
  - a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.
  - b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.
  - c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.
  - d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.
5. Arbitramento de acuerdo a la legislación colombiana
6. Designación de ajustador de mutuo acuerdo
7. Los sublímites y coberturas ofrecidos, hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
8. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.
9. Esta póliza no operará como capa primaria, de otra póliza contratada por el asegurado
10. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.
11. Todo endoso modificatorio que el cliente requiera tendrá un costo de \$7.000+ IVA por concepto de gastos de emisión, excepto los relacionados con licitaciones
12. La presente oferta comercial tendrá validez de 15 días calendario. En caso de presentarse un evento siniestral o cualquier otra circunstancia que modifique las condiciones del riesgo, la presente oferta quedará sin validez automáticamente.

# IDENTIFICACION DEL PAGO



**PREVISORA**  
SEGUROS

POLIZA No. 1002234

CERTIFICADO No. 3

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

**LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554**

**Ramo**  
RESPONSABILIDAD CIVIL

**Sucursal**  
FLORENCIA

<b>Valor Prima</b>	<b>Valor IVA</b>	<b>Tomador</b>
\$4,800,000.00	\$768,000.00	2443476 - CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
19/04/2016	\$*****0.00	\$***1,599,840.00	\$*****255,974.40				
20/04/2016	\$*****0.00	\$***1,599,840.00	\$*****255,974.40				
07/07/2016	\$*****0.00	\$***1,600,320.00	\$*****256,051.20				

## APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Artículo 1068 " 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 al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

## CONVENIO DE PAGO: 11. PAGO A 30,60 Y 90 DIAS



LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

## CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 5,568,000.00, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	19/04/2016	\$*****0.00	\$***1,599,840.00	\$*****255,974.40					
2	20/04/2016	\$*****0.00	\$***1,599,840.00	\$*****255,974.40					
3	07/07/2016	\$*****0.00	\$***1,600,320.00	\$*****256,051.20					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1002234	RESPONSABILIDAD CIVIL	3	\$*400,000,000.00

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de FLORENCIA a los 11 días del mes de FEBRERO de 2016

### AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA, para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS  
GERENTE

### APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "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 al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



## CONDICIONES GENERALES

**LA PREVISORA S.A.** Compañía de Seguros, que en lo sucesivo se denominará **PREVISORA**, en consideración a que el Tomador ha presentado una solicitud de seguro, la cual forma parte integrante de esta póliza, ampara la Responsabilidad Civil Profesional del Asegurado, con sujeción a los términos y Condiciones Generales y Particulares previstos a continuación:

### CONDICIÓN PRIMERA

#### AMPAROS

#### AMPAROS CUBIERTOS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

#### 1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).
- b) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACIÓN AL "ACTO MEDICO", EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, LEGALMENTE HABILITADOS, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES RESULTEN EN UN SINIESTRO QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, SEGÚN SE DESCRIBE EN EL PUNTO a) ANTERIOR. EN ESTE CASO **PREVISORA** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.
- c) ASIMISMO **PREVISORA** SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

#### 1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN "EVENTO" QUE CAUSE "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
- b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA.

A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, NO SE CONSIDERA COMO TERCEROS A:

- 1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
- 2) LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURÍDICA, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ESTE.
- 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUS DEPENDIENTES;
- 4) LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 1), 2), 3) Y 4) SERÁN CONSIDERADOS COMO TERCEROS

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MÉDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

1.3 **PREVISORA** SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE **PREVISORA** POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL.

1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.

1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FÉLICITAMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.
- c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

### EXCLUSIONES

**PREVISORA** NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL

ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

### 2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

- 2.1 LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO DIRECTORES EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
- 2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.
- 2.5 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR **PREVISORA** EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 2.6 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
- 2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 2.8 ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL "PACIENTE". DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



2.9 EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO.

2.10 DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.

2.11 LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

2.12 TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.

2.13 ACTOS MÉDICOS QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/O HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHS ACTOS MÉDICOS.

2.14 FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS.

2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.

2.16 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.

2.17 CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO

MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.

2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.

2.19 LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A "PACIENTES" EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.

2.20 "RECLAMOS" POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL "PACIENTE" Y/O OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL "PACIENTE", Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO "PACIENTE" POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.

2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.

2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.

2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL "PACIENTE".
- 2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- 2.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
- 2.34 PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.35 "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS



- SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNOSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
- 2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
- 2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DERIVADA DE:
- a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
- b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
- c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
- ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

### CONDICIÓN SEGUNDA

#### GARANTÍAS DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

**NOTA:** El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se de por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del Código de Comercio, lo siguiente:

1. Que exigirá a todos los profesionales de la medicina a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:
  - a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normas pertinentes, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
  - b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
  - c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto



lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 **MINSALUD**)
- e) Entregar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por el Asegurador, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del Asegurado.
- f) Colaborar con el Asegurador, o al representante nombrado por el Asegurador, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.
- g) Cooperar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo "reclamo" o litigio.
- h) Prestar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por **PREVISORA**, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (Deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- i) Colaborar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que **PREVISORA** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- j) Permitir a **PREVISORA** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- k) No efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o "indemnización" sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- l) Conservar en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de "pacientes", elaborando en forma prolija un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fecha de calibración, etc.
- m) **PREVISORA** podrá presentar al Asegurado una lista específica de recomendaciones a cumplir, si las hubiere, dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la inspección del riesgo si lo considera pertinente, asignándoles una prioridad de inmediata o de no inmediata, en cuyo caso:
- **PREVISORA** y el Asegurado deberán acordar dentro de un tiempo, no mayor a sesenta (60) días posteriores a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador, las recomendaciones que el Asegurado deberá cumplir.
  - El Asegurado entregará a **PREVISORA** un plan específico, por escrito, para la implementación de todas las recomendaciones formuladas y acordadas, incluyendo fechas límites de cumplimiento, dentro de los noventa (90) días siguientes a la evaluación del riesgo.
  - El Asegurado cumplirá en forma fehaciente, dentro de los ciento cincuenta (150) días posteriores a la evaluación del riesgo, con las recomendaciones acordadas con una prioridad de inmediatas.
  - El cumplimiento del resto de las recomendaciones formuladas y acordadas no excederá ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la evaluación del riesgo.

### CONDICIÓN TERCERA

#### SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada indicada en la (s) Condición(es) Particular(es) (Nº) representa la cifra máxima por la cual **PREVISORA** será responsable por todo concepto de "indemnización", "costas, gastos, intereses y honorarios", conforme a los Límites de Cobertura indicados en dicha condición particular y descriptos a continuación:

- a) **Límite de Cobertura por Acto Médico:** **PREVISORA** será responsable por el pago de los reclamos o sentencias judiciales relacionados con reclamos cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares como límite de cobertura por acto médico. Dicho límite comprende la responsabilidad máxima del Asegurador en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por uno o más reclamos derivados de un solo acto médico y/o evento.

- b) **Pluralidad de Reclamos:** En caso que, de un mismo acto médico resultaren varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico indicado en las Condiciones Particulares no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que **PREVISORA** reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los reclamos provenientes de un sólo "acto médico" y/o "evento", sin perjuicio de:
- El número de individuos y/o organizaciones aseguradas
  - El número de "reclamos" y/o demandas reportadas
  - El número de personas y/u organizaciones presentando "reclamos" y/o demandas
- c) **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, **PREVISORA** responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem "Límite Agregado Anual de Cobertura" de las Condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.
- d) **No-Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad de **PREVISORA**, será considerado como un solo acto médico y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectúen una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

### CONDICIÓN CUARTA

#### DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en las Condiciones Particulares con respecto a cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza por el/los daño(s) a tercero(s).

**PREVISORA** responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho reclamo neto del deducible pactado a cargo del Asegurado.

### CONDICIÓN QUINTA

#### PERSONAS ASEGURADAS

- a) Se considerará como "Asegurado" al establecimiento médico asistencial, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción a los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto de los antecedentes, prácticas, tipo de organización, instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de Solicitud de Seguro.

Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.

- b) También se consideran como Asegurado las siguientes personas:
- Los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe del cuerpo médico) o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, pero única y exclusivamente dentro del marco y a causa de sus funciones **netamente médico - administrativas para la institución asegurada**.
  - Las personas que sean miembros o que presten servicios para juntas o comités establecidos por la institución asegurada; por ejemplo juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités.
  - Los empleados y trabajadores voluntarios.

NOTA: No se considerará como "Asegurado" a ningún profesional de la salud ya sea interno, externo, residente, voluntario, temporario, empleado, contratado, en relación de dependencia o no, por ningún "acto médico" prestado o dejado de prestar a ningún "paciente" dentro o fuera de la institución asegurada.

La presente póliza se podrá extender a cubrir la Responsabilidad Civil profesional propia de los profesionales de la salud empleados bajo relación laboral por el Asegurado, previo consentimiento y aprobación del Asegurador, el cual emitirá un endoso especial, siempre y cuando se declare y aparezca el nombre y especialidad del profesional en una relación que se adhiere a esta póliza, formando parte integral de la misma, y previo pago de la prima correspondiente.

Cuando esta póliza se extendiere a cubrir la Responsabilidad Civil Profesional de los profesionales de la salud bajo las condiciones arriba descritas, quedará entendido y convenido que dicha extensión operará única y exclusivamente para el ejercicio de la profesión médica y/u odontológica dentro de los predios de la institución asegurada por esta póliza.

### CONDICIÓN SEXTA

#### PRIMA

La prima en concepto de esta póliza será calculada con base anual o la fracción correspondiente al plazo de cobertura solicitada.

### CONDICIÓN SÉPTIMA

#### OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

El Asegurado deberá notificar a **PREVISORA**, o a su representante nombrado en las Condiciones Particulares, cualquier acontecimiento adverso que, según su conocimiento, pudiera derivar en un reclamo, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las 48 horas luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá incluir la siguiente información:

- 1) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el acto médico;
- 2) Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
- 3) La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
- 4) Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
- 5) Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
- 6) Nombre y domicilio de los intervinientes en el acto médico, además del Asegurado.

Todo lo anterior sujeto a las normas de prescripción contempladas en el código de comercio

### CONDICIÓN OCTAVA

#### DENUNCIA DE "RECLAMOS"

El Asegurado se obliga a notificar a **PREVISORA**, por escrito, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado haya sido informado de tal reclamo.

La notificación escrita para **PREVISORA** deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

Ocurrido un evento que pudiera dar lugar a una reclamación bajo esta póliza, el asegurado estará obligado, de acuerdo con las normas, obligaciones y deberes de la profesión médica, a proveer los medios necesarios para salvaguardar la salud y la vida del paciente.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



## CONDICIÓN NOVENA

### RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, es decir, desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, sin importar que dicha póliza inicial hubiese ya vencido, siempre que el reclamo y la notificación se formule durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

## CONDICIÓN DÉCIMA

### EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

La Extensión del Período para 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 la vigencia de la póliza.

El anexo de Extensión del Período para Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento de **PREVISORA** 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 anexo de Extensión del Período para Denuncias, es decir, dicho anexo no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

Para los términos de este contrato, el Asegurado podrá contratar un anexo para la Extensión del Período para Reclamos en caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, por una suma adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se termine automáticamente por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la adquisición de tal anexo.

A fines de obtener el anexo para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud a **PREVISORA**, dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- Pagar de contado la prima correspondiente.

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

- No podrá negarse a emitir el anexo.
- No podrá cancelarlo una vez emitido.
- Mantendrá vigente el anexo hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período otorgado de dos (2) años, cualquiera que suceda primero.

En caso que el Asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la contratación del anexo, **PREVISORA** quedará liberada de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, para los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no adquirir el anexo, o pierde el derecho para hacerlo, **PREVISORA** no será responsable y quedará liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

- Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada. Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de solicitud del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, la prima del endoso no excederá el 150% de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado.

## CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

### DEFENSA EN JUICIO CIVIL

En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado, el mismo deberá dar aviso fehaciente a **PREVISORA** de la demanda promovida, a más tardar el día hábil siguiente al de haber recibido la notificación, y estará obligado a remitir simultáneamente a **PREVISORA** la póliza y todos los documentos que pertenezcan a dicha notificación.

El Asegurado está obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba de que disponga, y a otorgar en favor de los profesionales designados el poder para el ejercicio de la representación judicial, entregando el respectivo documento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda, y a cumplir con los actos procesales que las leyes le impongan.

En el evento en que el asegurado sea directamente demandado por el tercero afectado, el asegurado deberá asumir la defensa y suministrarle a **PREVISORA**, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio y proceder a su citación en garantía.

**PREVISORA** no podrá realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del asegurado. Sin embargo, en caso de que el asegurado rehusara a consentir el acuerdo propuesto por **PREVISORA** y optara por la continuación de la acción judicial o cualquier otro procedimiento legal relacionado con el reclamo, deberá dejarse por escrito entre **PREVISORA** y el asegurado que la responsabilidad total de **PREVISORA** por dicho siniestro no podrá exceder el monto por el cual el reclamo hubiese sido conciliado, incluyendo los gastos, costos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo por parte del asegurado.

**a) Medidas Precautelativas:** Si se dispusiesen medidas precautelativas sobre bienes del

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



## CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

### TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

El presente seguro terminará por extinción del período por el cual se contrató, si no se efectuase la renovación correspondiente, por desaparición del riesgo, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual **PREVISORA** tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por **PREVISORA**, mediante noticia escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el Asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **PREVISORA**. En todo caso las partes sujeta a lo establecido en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

## CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

### PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN

El asegurado y/o los beneficiarios perderán en forma total los derechos que se deriven de esta póliza en los siguientes casos:

- a) Cuando se presenten o realicen reclamaciones fraudulentas, basada en documentos o declaraciones falsas, o se utilicen mecanismos engañosos.
- b) Por el incumplimiento de las garantías exigidas al asegurado en esta póliza.
- c) Cuando se renuncie a los derechos contra quien sea responsable del siniestro.

## CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

### CLÁUSULA COMPROMISORIA

Las controversias que eventualmente puedan surgir entre **PREVISORA** y el asegurado por razón de la celebración, ejecución terminación del contrato de seguro, serán sometidas a la decisión de un tribunal de arbitramento que será nombrado y actuará de acuerdo con lo establecido en el decreto 1818 de 1998 y demás normas vigentes que rigen la materia, el domicilio será Bogotá.

## CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

### VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

**PREVISORA** podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la presentación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines.

El informe del o de los expertos no comprometerá a **PREVISORA** a que acepte sus conclusiones, opiniones y recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que **PREVISORA** pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

Asegurado, éste no podrá exigir que **PREVISORA** las sustituya.

- b) "**Costas, gastos, intereses y honorarios**": **PREVISORA** asume a su cargo, el pago de las costas judiciales, intereses en causa civil, y de los gastos extrajudiciales en que se incurra para oponerse a las pretensiones del tercero, en demandas infundadas o no, sin embargo, cualquiera que fuese el resultado del litigio, el monto de dicho concepto no podrá superar el 100% de la suma asegurada, o del sublímite el excedente quedará a cargo del asegurado.
- c) **Opción del Asegurador:** En cualquier momento, **PREVISORA**, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte de **PREVISORA** en perjuicio del Asegurado, podrá hacer pago o depósito judicial de la Suma Asegurada, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, hecho mediante el cual **PREVISORA** quedará liberado de los gastos y costas que se devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del(de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que generó la responsabilidad del Asegurado.

## CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

### PROCESO PENAL

Si se promoviese proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** el nombre del abogado defensor que designe y de todas las actuaciones surtidas en el proceso.

Si en el proceso penal se constituye parte civil, el Asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción.

**PREVISORA** podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con **PREVISORA**.

Queda claramente establecido que el Asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, aceptar o no los aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

#### SUBROGACIÓN

En caso de "reclamo" bajo esta póliza, **PREVISORA** se subrogará en todos los derechos contra un tercero que correspondan al Asegurado, y éste ejecutará y suministrará al Asegurador todos los documentos necesarios para garantizar tales derechos.

A petición **PREVISORA**, el asegurado deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

### CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

#### RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **PREVISORA**, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. En los términos previstos en el Artículo 1058 del Código del Comercio.

### CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

#### INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

Sin perjuicio de cualquiera de las disposiciones contenidas en la presente póliza, **PREVISORA** se compromete a investigar las cuestiones inherentes a la responsabilidad y a pagar toda indemnización por daños que el asegurado tenga la obligación legal de pagar y, asimismo defender todo reclamo que corresponda bajo las condiciones de la presente póliza.

En caso de reclamo contra un asegurado – ya sea judicial o extrajudicial – si un acuerdo transaccional propuesto por **PREVISORA** a un reclamante, y que este último está dispuesto a aceptar, no pudiere concretarse por oposición del Asegurado, en el supuesto de dictarse a posteriori sentencia condenatoria por una suma superior a la del acuerdo frustrado, será exclusivo cargo del Asegurado la diferencia entre el monto de ésta y aquél así como los intereses y las costas que se devenguen con posterioridad a la fecha de la oposición.

### CONDICIÓN VIGÉSIMA

#### EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, **PREVISORA** podrá en cualquier momento pagar la suma asegurada o, en su caso, el remanente de la suma asegurada aplicable



o cualquier monto inferior por el cual se pueda acordar extrajudicialmente el reclamo. Luego de ello, **PREVISORA** abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

### CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

#### AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- **PREVISORA** tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado - incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc. - en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- De igual manera, **PREVISORA** tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.
- También, **PREVISORA** podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de 3 (tres) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

### CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

#### OTROS SEGUROS

En caso que el Asegurado contara con otra póliza o pólizas de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, 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 éstos produce nulidad, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1092 del Código del Comercio.

El asegurado deberá informar por escrito a **PREVISORA** los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro de los diez días 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, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1093 del Código del Comercio.

### CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

#### CESIÓN DE DERECHOS

El Asegurado no podrá ceder a terceros los derechos y/o beneficios que le son otorgados por la presente póliza.

## PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

### CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

#### MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Todas las modificaciones y/o desistimientos y/o renunciaciones a los derechos y/o beneficios de la presente póliza serán efectuados solamente por medio de anexo emitido, debidamente firmado por un representante autorizado por **PREVISORA**. El anexo así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

### CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

#### DEFINICIONES

a) **Evento:** Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo.

A los efectos de este seguro se considerará como un solo y mismo evento la exposición repentina, continua o repetida a condiciones perjudiciales o dañinas a terceros que causen daños y/o lesiones imprevistos e inesperados por el Asegurado.

b) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.

c) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.

d) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por **PREVISORA** para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza. También se incluyen bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurado como en caso de ser condenado a pagar en juicio.

e) **Fecha de Retroactividad:** La fecha indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza. Se entiende como la fecha en que comienza a regir la primera póliza contratada entre el Asegurado y **PREVISORA**. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con este Asegurador no alterarán dicha fecha inicial.

f) **Indemnización:** Compensación al Asegurado, según lo estipulado en la póliza de seguro, en concepto de daños y/o perjuicios incurridos como consecuencia de un acto médico, y la cual no puede superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.

g) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos



médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.

h) **Reclamo:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el Asegurado o su Asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un "acto médico" y/o "evento".

### CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

#### ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

##### - Agravación del Riesgo

El Asegurado o el tomador según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud uno u otro deberán notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso primero del artículo 1058 (reticencia del asegurado) signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de 10 días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los 10 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, **PREVISORA** podrá 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. Pero solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a **PREVISORA** a retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto a los amparos accesorios a menos de convención en contrario, ni cuando **PREVISORA** haya conocido oportunamente la modificación y consentido con ella. En los términos establecidos en el Artículo 1060 del Código de Comercio.

### CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

#### INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

Se dejan expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

1. **Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS



01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

**2. Hechos de Guerra Civil:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre los habitantes del país, o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

**3. Hechos de Rebelión:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado que pretenda derrocar el Gobierno Nacional, o suprimir o modificar el régimen constitucional o legal vigente.

Se entienden equivalentes a los de rebelión otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.

**4. Hechos de Sedición y Motín:** Se entienden por tales los hechos dañosos mediante el empleo de las ramas que pretendan impedir transitoriamente el libre funcionamiento del régimen constitucional o legal vigentes.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como asonada y conmoción civil.

**5. Asonada:** Se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultaria para exigir violentamente de la autoridad la ejecución u omisión de algún acto propio de sus funciones.

Se entienden equivalentes a asonada otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revueltas y conmoción civil.

**6. Hechos de Vandalismo o Conmoción Popular:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

**7. Hechos de Guerrilla:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

**8. Hechos de Terrorismo:** Se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la

libertad de las personas o las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fluidos o fuerzas motrices valiéndose de medios para causar estragos.

No se consideran como hechos de terrorismo aquellos hechos aislados y esporádicos de delincuencia común.

**9. Hechos de Huelga:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

**10. Hechos de Lock out:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:

a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o

b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivo el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

**11. Otros Hechos (1):** Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos hechos descritos bajo esta cláusula, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo o malevolencia popular, de guerrilla, de terrorismo o de huelga o de lock out.

**12. Otros Hechos (2):** Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descritos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

**13. Notificaciones – Domicilio:** Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en esta póliza, se hace por escrito y es prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

Se exceptúa la obligación de comunicación escrita, la que se refiere el aviso de siniestro al Asegurador por parte del Asegurado, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 1075 del Código de Comercio.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



## CONDICIONES GENERALES

**LA PREVISORA S.A.** Compañía de Seguros, que en lo sucesivo se denominará **PREVISORA**, en consideración a que el Tomador ha presentado una solicitud de seguro, la cual forma parte integrante de esta póliza, ampara la Responsabilidad Civil Profesional del Asegurado, con sujeción a los términos y Condiciones Generales y Particulares previstos a continuación:

### CONDICIÓN PRIMERA

#### AMPAROS AMPAROS CUBIERTOS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

#### 1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).
- b) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACIÓN AL "ACTO MEDICO", EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, LEGALMENTE HABILITADOS, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES RESULTEN EN UN SINIESTRO QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, SEGÚN SE DESCRIBE EN EL PUNTO a) ANTERIOR. EN ESTE CASO **PREVISORA** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.
- c) ASIMISMO **PREVISORA** SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE

PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

#### 1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN "EVENTO" QUE CAUSE "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
- b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA.

A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, NO SE CONSIDERA COMO TERCEROS A:

- 1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
- 2) LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURÍDICA, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ESTE.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUSDEPENDIENTES;
- 4) LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 1), 2), 3) Y 4) SERÁN CONSIDERADOS COMO TERCEROS CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MEDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

- 1.3 **PREVISORA** SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE **PREVISORA** POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL
- 1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.
- 1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
  - a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MEDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
  - b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.
  - c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA

EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

## EXCLUSIONES

**PREVISORA** NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

### 2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

- 2.1 LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO DIRECTORES EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
- 2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.
- 2.5 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR **PREVISORA** EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 2.6 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
- 2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 2.8 ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL "PACIENTE". DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.
- 2.9 EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO.
- 2.10 DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 2.11 LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 2.12 TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.13 ACTOS MÉDICOS QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS ACTOS MÉDICOS
- 2.14 FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS
- 2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
- 2.16 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
- 2.17 CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
- 2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- 2.19 LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A "PACIENTES" EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
- 2.20 "RECLAMOS" POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL "PACIENTE" Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL "PACIENTE", Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO "PACIENTE" POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
- 2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
- 2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.
- 2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL "PACIENTE".
- 2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- 2.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
- 2.34 PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.35 "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNÓSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DERIVADA DE:

- a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
- b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
- c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS. ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

## CONDICIÓN SEGUNDA

### GARANTÍAS DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

**NOTA:** El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se de por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del Código de Comercio, lo siguiente:

1. Que exigirá a todos los profesionales de la medicina a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen

con el Asegurado:

- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normas pertinentes, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 **MINSALUD**)
- e) Entregar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por el Asegurador, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del Asegurado.
- f) Colaborar con el Asegurador, o al representante nombrado por el Asegurador, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.
- g) Cooperar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo "reclamo" o litigio.
- h) Prestar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por **PREVISORA**, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (Deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- i) Colaborar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que **PREVISORA** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- j) Permitir a **PREVISORA** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- k) No efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o "indemnización" sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.
- l) Conservar en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de "pacientes", elaborando en forma prolija un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por

ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fecha de calibración, etc.

- m) **PREVISORA** podrá presentar al Asegurado una lista específica de recomendaciones a cumplir, si las hubiere, dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la inspección del riesgo si lo considera pertinente, asignándoles una prioridad de inmediata o de no inmediata, en cuyo caso:

- **PREVISORA** y el Asegurado deberán acordar dentro de un tiempo, no mayor a sesenta (60) días posteriores a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador, las recomendaciones que el Asegurado deberá cumplir.

- El Asegurado entregará a **PREVISORA** un plan específico, por escrito, para la implementación de todas las recomendaciones formuladas y acordadas, incluyendo fechas límites de cumplimiento, dentro de los noventa (90) días siguientes a la evaluación del riesgo.

- El Asegurado cumplirá en forma fehaciente, dentro de los ciento cincuenta (150) días posteriores a la evaluación del riesgo, con las recomendaciones acordadas con una prioridad de inmediatas.

- El cumplimiento del resto de las recomendaciones formuladas y acordadas no excederá ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la evaluación del riesgo.

## CONDICIÓN TERCERA

### SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada indicada en la (s) Condición(es) Particular(es) (Nº) representa la cifra máxima por la cual **PREVISORA** será responsable por todo concepto de "indemnización", "costas, gastos, intereses y honorarios", conforme a los Límites de Cobertura indicados en dicha condición particular y descriptos a continuación:

- a) Límite de Cobertura por Acto Médico: **PREVISORA** será responsable por el pago de los reclamos o sentencias judiciales relacionados con reclamos cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares como límite de cobertura por acto médico. Dicho límite comprende la responsabilidad máxima del Asegurador en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por uno o más reclamos derivados de un solo acto médico y/o evento.

- b) **Pluralidad de Reclamos:** En caso que, de un

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS



RCP006

mismo acto médico resultaren varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico indicado en las Condiciones Particulares no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que **PREVISORA** reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los reclamos provenientes de un sólo "acto médico" y/o "evento", sin perjuicio de:

- El número de individuos y/o organizaciones aseguradas
  - El número de "reclamos" y/o demandas reportadas
  - El número de personas y/u organizaciones presentando "reclamos" y/o demandas
- c) **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, **PREVISORA** responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma específica cada en el ítem "Límite Agregado Anual de Cobertura" de las Condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.
- d) **No-Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad de **PREVISORA**, será considerado como un solo acto médico y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectúen una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

## CONDICIÓN CUARTA

### DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en las Condiciones Particulares con respecto a cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza por el/los daño(s) a tercero(s).

**PREVISORA** responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho reclamo neto del deducible pactado a cargo del Asegurado.

## CONDICIÓN QUINTA

### PERSONAS ASEGURADAS

- a) Se considerará como "Asegurado" al establecimiento médico asistencial, sea persona de Derecho

Público o Privado, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción a los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto de los antecedentes, prácticas, tipo de organización, instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de Solicitud de Seguro.

Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.

- b) También se consideran como Asegurado las siguientes personas:

- Los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe del cuerpo médico) o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, pero única y exclusivamente dentro del marco y a causa de sus funciones netamente médico - administrativas para la institución asegurada.

- Las personas que sean miembros o que presten servicios para juntas o comités establecidos por la institución asegurada; por ejemplo juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités.

- Los empleados y trabajadores voluntarios.

**NOTA:** No se considerará como "Asegurado" a ningún profesional de la salud ya sea interno, externo, residente, voluntario, temporario, empleado, contratado, en relación de dependencia o no, por ningún "acto médico" prestado o dejado de prestar a ningún "paciente" dentro o fuera de la institución asegurada.

La presente póliza se podrá extender a cubrir la Responsabilidad Civil profesional propia de los profesionales de la salud empleados bajo relación laboral por el Asegurado, previo consentimiento y aprobación del Asegurador, el cual emitirá un endoso especial, siempre y cuando se declare y aparezca el nombre y especialidad del profesional en una relación que se adhiere a esta póliza, formando parte integral de la misma, y previo pago de la prima correspondiente.

Cuando esta póliza se extendiere a cubrir la Responsabilidad Civil Profesional de los profesionales de la salud bajo las condiciones arriba descritas, quedará entendido y convenido que dicha extensión operará única y exclusivamente para el ejercicio de la profesión médica

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



y/u odontológica dentro de los predios de la institución asegurada por esta póliza.

## CONDICIÓN SEXTA

### PRIMA

La prima en concepto de esta póliza será calculada con base anual o la fracción correspondiente al plazo de cobertura solicitada.

## CONDICIÓN SÉPTIMA

### OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

El Asegurado deberá notificar a **PREVISORA**, o a su representante nombrado en las Condiciones Particulares, cualquier acontecimiento adverso que, según su conocimiento, pudiera derivar en un reclamo, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las 48 horas luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá incluir la siguiente información:

- 1) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el acto médico;
- 2) Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
- 3) La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
- 4) Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
- 5) Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
- 6) Nombre y domicilio de los intervinientes en el acto médico, además del Asegurado.

Todo lo anterior sujeto a las normas de prescripción contempladas en el código de comercio.

## CONDICIÓN OCTAVA

### DENUNCIA DE "RECLAMOS"

El Asegurado se obliga a notificar a **PREVISORA**, por escrito, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado haya sido informado de tal reclamo.

La notificación escrita para **PREVISORA** deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si

tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

Ocurrido un evento que pudiera dar lugar a una reclamación bajo esta póliza, el asegurado estará obligado, de acuerdo con las normas, obligaciones y deberes de la profesión médica, a proveer los medios necesarios para salvaguardar la salud y la vida del paciente.

## CONDICIÓN NOVENA

### RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, es decir, desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, sin importar que dicha póliza inicial hubiese ya vencido, siempre que el reclamo y la notificación se formule durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

## CONDICIÓN DÉCIMA

### EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

La Extensión del Período para 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 la vigencia de la póliza.

El anexo de Extensión del Período para Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento de **PREVISORA** 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 anexo de Extensión del Período para Denuncias, es decir, dicho anexo no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

Para los términos de este contrato, el Asegurado podrá contratar un anexo para la Extensión del Período para Reclamos en caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, por una suma adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se termine automáticamente por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la adquisición de tal anexo.

A fines de obtener el anexo para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud a **PREVISORA**,

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.

- Pagar de contado la prima correspondiente

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

- No podrá negarse a emitir el anexo.
- No podrá cancelarlo una vez emitido.
- Mantendrá vigente el anexo hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período otorgado de dos (2) años, cualquiera que suceda primero.

En caso que el Asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la contratación del anexo, **PREVISORA** quedará liberada de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, para los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no adquirir el anexo, o pierde el derecho para hacerlo, **PREVISORA** no será responsable y quedará liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

- Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada. Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fin de calcular la prima por el endoso para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de solicitud del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, la prima del endoso no excederá el 150% de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado.

## CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

### DEFENSA EN JUICIO CIVIL

Si se promoviere proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** el nombre del abogado defensor que designe y de todas las actuaciones surtidas en el proceso.

Si en el proceso penal se constituye parte civil, el Asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción.

**PREVISORA** podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en

los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con **PREVISORA**.

Queda claramente establecido que el Asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, aceptar o no los aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

## CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

### PROCESO PENAL

Si se promoviere proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** el nombre del abogado defensor que designe y de todas las actuaciones surtidas en el proceso.

Si en el proceso penal se constituye parte civil, el Asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción. **PREVISORA** podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con **PREVISORA**.

Queda claramente establecido que el Asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, aceptar o no los aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

## CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

### TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

El presente seguro terminará por extinción del período por el cual se contrató, si no se efectuase la renovación correspondiente, por desaparición del riesgo, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual **PREVISORA** tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por **PREVISORA**, mediante noticia escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el Asegurado,

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



en cualquier momento, mediante aviso escrito a **PREVISORA**. En todo caso las partes sujetas a lo establecido en el Artículo 1071 del Código de Comercio

## CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

### PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

El asegurado y/o los beneficiarios perderán en forma total los derechos que se deriven de esta póliza en los siguientes casos:

- Quando se presenten o realicen reclamaciones fraudulentas, basada en documentos o declaraciones falsas, o se utilicen mecanismos engañosos.
- Por el incumplimiento de las garantías exigidas al asegurado en esta póliza.
- Quando se renuncie a los derechos contra quien sea responsable del siniestro.

## CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

### CLÁUSULA COMPROMISORIA

Las controversias que eventualmente puedan surgir entre **PREVISORA** y el asegurado por razón de la celebración, ejecución terminación del contrato de seguro, serán sometidas a la decisión de un tribunal de arbitramento que será nombrado y actuará de acuerdo con lo establecido en el decreto 1818 de 1998 y demás normas vigentes que rigen la materia, el domicilio será Bogotá.

## CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

### VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

**PREVISORA** podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la presentación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines.

El informe del o de los expertos no comprometerá a **PREVISORA** a que acepte sus conclusiones, opiniones y recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que **PREVISORA** pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

## CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

### SUBROGACIÓN

En caso de "reclamo" bajo esta póliza, **PREVISORA** se subrogará en todos los derechos contra un tercero que correspondan al Asegurado, y éste ejecutará y suministrará al Asegurador todos los documentos

necesarios para garantizar tales derechos.

A petición **PREVISORA**, el asegurado deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

## CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

### RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **PREVISORA**, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. En los términos previstos en el Artículo 1058 del Código del Comercio.

## CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

### INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

Sin perjuicio de cualquiera de las disposiciones contenidas en la presente póliza, **PREVISORA** se compromete a investigar las cuestiones inherentes a la responsabilidad y a pagar toda indemnización por daños que el asegurado tenga la obligación legal de pagar y, asimismo defender todo reclamo que corresponda bajo las condiciones de la presente póliza.

En caso de reclamo contra un asegurado – ya sea judicial o extrajudicial – si un acuerdo transaccional propuesto por **PREVISORA** a un reclamante, y que este último está dispuesto a aceptar, no pudiere concretarse por oposición del Asegurado, en el supuesto de dictarse a posteriori sentencia condenatoria por una suma superior a la del acuerdo frustrado, será exclusivo cargo del Asegurado la diferencia entre el monto de ésta y aquél así como los intereses y las costas que se devenguen con posterioridad a la fecha de la oposición.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA

### EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, **PREVISORA** podrá en cualquier momento pagar la suma asegurada o, en su caso, el remanente de la suma asegurada aplicable o cualquier monto inferior por el cual se pueda acordar extrajudicialmente el reclamo. Luego de ello, **PREVISORA** abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



## AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- **PREVISORA** tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado - incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc. - en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.

- De igual manera, **PREVISORA** tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

- También, **PREVISORA** podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de 3 (tres) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

### OTROS SEGUROS

En caso que el Asegurado contara con otra póliza o pólizas de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, 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 éstos produce nulidad, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1092 del Código del Comercio.

El asegurado deberá informar por escrito a **PREVISORA** los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro de los diez días 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, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1093 del Código del Comercio.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

### CESIÓN DE DERECHOS

El Asegurado no podrá ceder a terceros los derechos y/o beneficios que le son otorgados por la presente póliza.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

## MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Todas las modificaciones y/o desistimientos y/o renunciaciones a los derechos y/o beneficios de la presente póliza serán efectuados solamente por medio de anexo emitido, debidamente firmado por un representante autorizado por **PREVISORA**. El anexo así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

### DEFINICIONES

- a) **Evento:** Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo. A los efectos de este seguro se considerará como un solo y mismo evento la exposición repentina, continua o repetida a condiciones perjudiciales o dañinas a terceros que causen daños y/o lesiones imprevistos e inesperados por el Asegurado.
- b) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- c) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- d) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por **PREVISORA** para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza. También se incluyen bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurado como en caso de ser condenado a pagar en juicio.
- e) **Fecha de Retroactividad:** La fecha indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza. Se entiende como la fecha en que comienza a regir la primera póliza contratada entre el Asegurado y **PREVISORA**. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con este Asegurador no alterarán dicha fecha inicial.
- f) **Indemnización: Compensación** al Asegurado, según lo estipulado en la póliza de seguro, en concepto de daños y/o perjuicios incurridos como consecuencia de un acto médico, y la cual no puede superar al importe de la suma asegurada

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



puede superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.

- g) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- h) **Reclamo:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el Asegurado o su Asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un "acto médico" y/o "evento".

## CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

### ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

#### - Agravación del Riesgo

El Asegurado o el tomador según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud uno u otro deberán notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso primero del artículo 1058 (retención del asegurado) signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local

La notificación se hará con antelación no menor de 10 días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los 10 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, **PREVISORA** podrá 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. Pero solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a **PREVISORA** a retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto a los amparos accesorios a menos de convención en contrario, ni cuando **PREVISORA** haya conocido oportunamente la modificación y consentido con ella. En los términos establecidos en el Artículo 1060 del Código de Comercio.

## CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

### INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

Se dejan expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

1. **Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).
2. **Hechos de Guerra Civil:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre los habitantes del país, o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.
3. **Hechos de Rebelión:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado que pretenda derrocar el Gobierno Nacional, o suprimir o modificar el régimen constitucional o legal vigente.

Se entienden equivalentes a los de rebelión otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.

4. **Hechos de Sedición y Motín:** Se entienden por tales los hechos dañosos mediante el empleo de las ramas que pretendan impedir transitoriamente el libre funcionamiento del régimen constitucional o legal vigentes.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como asonada y conmoción civil.

5. **Asonada:** Se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultaria para exigir violentamente de la autoridad la ejecución u omisión de algún acto propio de sus funciones.

Se entienden equivalentes a asonada otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revueltas y conmoción civil.

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



6. **Hechos de Vandalismo o Conmoción Popular:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.
7. **Hechos de Guerrilla:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.
8. **Hechos de Terrorismo:** Se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la libertad de las personas o las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fluidos o fuerzas motrices valiéndose de medios para causar estragos.  
  
No se consideran como hechos de terrorismo aquellos hechos aislados y esporádicos de delincuencia común.
9. **Hechos de Huelga:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.
10. **Hechos de Lock out:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:
  - a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
  - b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivo el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.
11. **Otros Hechos (1):** Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos hechos descritos bajo esta cláusula, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo o malevolencia popular, de guerrilla, de terrorismo o de huelga o de lock out.
12. **Otros Hechos (2):** Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descritos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.
13. **Notificaciones - Domicilio:** Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en esta póliza, se hace por escrito y es prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.  
  
Se exceptúa la obligación de comunicación escrita, la que se refiere el aviso de siniestro al Asegurador por parte del Asegurado, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 1075 del Código de Comercio.



***Edwin Alfonso Vargas Narváez***  
*Abogado*

Doctor

**Oscar Mauricio Vargas Sandoval**

Juez Segundo Civil del Circuito de Florencia

E. S. D.

Referencia. Verbal de responsabilidad civil extracontractual de Alix Salome Rojas Pallares y otros en contra de la Clínica Medilaser S.A.S, y otros.

Radicado. 18001310300220190047900

Asunto. Contestación de demanda.

**Edwin Alfonso Vargas Narváez**, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi correspondiente firma, haciendo uso del mandato judicial conferido por el representante legal de la Clínica Medilaser S.A.S. Dra. María Carolina Suarez Andrade, el cual adjunto y, encontrándome en oportunidad procesal pertinente; procedo a descorrer el traslado de la demanda en contra de la sociedad que represento, teniendo en cuenta el siguiente planteamiento del caso y su respectiva contradicción:

**1. Planteamiento del caso y contradicción.**

Para los demandantes, de la revisión de la pretensión principal se enmarca en establecer la falla del servicio (en mis términos quiso decir, culpa galénica) ocasionada por la clínica Corpomedica y el medico Carlos Andrés Núñez Chavarro (nómina de Corpomedica), por no cumplir protocolos necesarios para la atención en salud y la debida diligencia para salvar la vida del paciente, incluyendo la falta de ambulancia para el transporte de pacientes. No se observan a lo largo de la demanda **reparos en contra de la Clínica Medilaser S.A.S** (desde ahora solo Medilaser) **que conlleven a establecer alguno de los elementos de la responsabilidad** por el fallecimiento del Jhon Jaime Rojas Pallares, por esta razón, se propondrá la falta de legitimación por pasiva; ahora bien, frente al cumplimiento de la *lex artis*, Medilaser solo dio una atención médica, perita y acorde en la cual se acude a realizar las maniobras de reanimación, siendo estas infructuosas, de un paciente que ingresa con ausencia de signos vitales y el proceder por muerte violenta a comunicar a Medicina Legal, lo cual se acredita con historia clínica y prueba testimonial a practicar.

Frente al acápite factico, se contestan de la siguiente forma:

**I. A los hechos:**

**Al hecho primero: se acepta**, lo referente a la concepción de los demandantes, conforme a los registros civiles de nacimiento allegados en esta etapa.

**Al hecho segundo: se acepta**, conforme al registro civil aportado del menor Darwin Eriet Rojas Rincón, que acredita su parentesco (hijo) con el paciente fallecido.

**Al hecho tercero: se acepta**. Conforme al registro civil de matrimonio 6397389 que avala el matrimonio entre Diana Salgado y Jaime Rojas.

***Edwin Alfonso Vargas Narváez***  
*Abogado*

**Al Hecho Cuarto: se acepta**, lo referente a que la menor Alix Salome Salgado, sea hija del occiso Jhon Jaime Rojas y la señora Milena Salgado. Se niega, lo relacionado al vínculo de familiaridad o similar entre estos y el menor Sergio David Lomeling Salgado, pues su padre es otra persona y no se acredita lo afirmado con ningún medio probatorio.

**Al hecho quinto: se niega.** No existe a esta altura procesal algún medio probatorio que avale lo argumentado referente a los laxos de familiaridad con la familia enunciada. Solo se acepta lo referente a los registros civiles y la acreditación del parentesco de algunos demandantes con el fallecido.

**Al hecho sexto: se niega.** No existe soporte documental que acredite el tiempo que llevaba el paciente vinculado al Ejército Nacional, solo se allega el documento soporte de la pensión.

**Al hecho séptimo y octavo: no le consta a Medilaser.** Lo narrado corresponde a hechos que posiblemente sucedieron fuera de cualquier centro médico, por lo tanto, me atengo a lo que resulte probado en el expediente. Además, estas circunstancias fácticas deben o debieron ser objeto de las sanciones penales a la persona que ocasiono la lesión grave y compleja que llevo al daño hoy en cuestión (fallecimiento) de Rojas Pallares.

**Al hecho noveno: no le consta a Medilaser**, lo narrado como ocurrió el atraco debe ser observado conforme al desarrollo del proceso penal que avale lo aquí argumentado, como lo hecho por la señora diana salgado en el asalto.

**Al hecho décimo y décimo primero:** son situaciones que conciernen a otra entidad de salud, (Corpomedica I.P.S.) y será esta, la que desmienta o confirme la aseveración acerca de la atención médica prestada por su personal médico y paramédico al señor Rojas Pallares.

**Al hecho décimo segundo y décimo tercero:** no le consta a Medilaser, son aspectos que ocurren fuera del contexto médico y que no suman al problema jurídico que deberá resolver el despacho.

**Al hecho décimo cuarto:** son situaciones que conciernen a otra entidad de salud, (Corpomedica I.P.S.) y será esta, la que desmienta o confirme la aseveración acerca de la atención médica prestada por su personal médico y paramédico al señor Rojas Pallares.

**Al hecho décimo quinto al décimo séptimo:** son situaciones que conciernen a otra entidad de salud, (Corpomedica I.P.S.) y será esta, la que desmienta o confirme la aseveración acerca de la atención médica prestada por su personal médico y paramédico al señor Rojas Pallares y sobre todo por parte del médico, Carlos Andrés Núñez Chavarro, vinculado al proceso como demandado.

**Al hecho décimo octavo:** no le consta a Medilaser, en lo referente a las circunstancias de tiempo modo y lugar en que ocurre el traslado del paciente, que de entrada no es competencia de Medilaser; en cuanto a las condiciones del paciente a la llegada a Medilaser se establece objetivamente mediante el registro del Triage que el paciente ingresa sin signos vitales, esto quiere decir, que falleció antes de ingresar. Lo cual se detalla con la única historia clínica que reposa del paciente y fue el Traige que se documentó el día 18 de junio de 2016 que denota lo siguiente:

**Edwin Alfonso Vargas Narváez**  
**Abogado**

**CLINICA MEDILASER S.A.**

NIT: 813001952-0

**REPORTE TRIAGE**

**Datos Básicos**

Consecutivo:	0000000000000820852	Fecha Triage:	18/06/2016 11:38:39 p. m.
Identificación:	77090757	Edad:	32 Años
Paciente:	JHON JAIME ROJAS PALLARES	Vic. Conflicto:	No
Entidad Responsable:	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	Grupo Étnico:	NINGUNO
Seguridad Social:	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR		
Causa Ingreso:	Enfermedad General Adulto	Tipo de Riesgo:	Enfermedad General y Maternidad

**CLASIFICACIÓN 1 - REANIMACIÓN**

Medico: YOLIBETH RODRIGUEZ MORALES  
Diagnóstico Síndromático: AUSENCIA PULSO PARO  
Diagnóstico Presuntivo 1: N/A  
Diagnóstico Presuntivo 2: N/A  
Motivo de Consulta: HERIDA POR ARMA BLANCA.  
Enfermedad Actual: PACIENTE TRAÍDO COMO URGENCIA VITAL REMITIDO DE COORPOMEDICA CON MEDICO CON OXÍGENO POR CÁNULA NASAL SIN CANALIZAR EN UN TAXI. EN MALAS CONDICIONES GENERALES PALIDEZ CUTÁNEA GENERALIZADA, SE PASA A SALA DE REANIMACIÓN PACIENTE CON MIDRIASIS SIN REFLEJO FOTOMOTOR, NO REFLEJO OCULOMOTOR, AUSENCIA DE PULSO, SE EVIDENCIA HERIDA POR ARMA CORTO-PUNZANTE DE 2.5 CM LINEAL, EN FORMA DE OJAL, LONGITUDINAL EN REGIÓN TORÁCICA ANTERIOR IZQUIERDA SUBMAMARIA. NO LLENADO CAPILAR, NO SE AUSCULTA FRECUENCIA CARDIACA, NO MV, SE DECLARA MUERTE EN HECHO VIOLENTO EL DÍA 18/06/2016 A LAS 23:30 HORAS SE NOTIFICA A LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES PARA POSTERIOR INSPECCIÓN TÉCNICA A CADÁVER Y NECROPSIA MÉDICO-LEGAL

**Al hecho décimo noveno: se niega.** Lo narrado en este numeral corresponde a conclusiones apresuradas de quien redacta la demanda, que en nada incide con la actuación desplegada por parte de Medilaser, como se advierte a lo largo de esta contestación; por otro lado, resulta apenas ilógica esta afirmación de responsabilidad cuando no se evidencia imputación jurídica alguna a Medilaser.

**Al hecho vigésimo: se niega,** en lo que respecta a Medilaser, debido a que no existió forma alguna de establecer un diagnóstico o actividad médica diferente a la realización de maniobras de reanimación, pues el paciente lamentablemente ingresa sin signos vitales, por tanto, es imposible que se alegue la existencia de algún nexo de responsabilidad en el presente asunto de parte de Medilaser.

**Al hecho vigésimo primero: no le consta a la Medilaser,** son afirmaciones fuera del contexto judicial que denotan apreciaciones o preguntas de parte de la familia, que no tienen soporte probatorio veraz.

**Al hecho vigésimo segundo: se niega.** No corresponde a una situación fáctica que enriquezca el problema jurídico a resolver, se trata del agotamiento de uno de los requisitos de agotamiento de la vía prejudicial conforme a ley 640 de 2001, para estar en esta altura procesal.

## II. A las pretensiones.

**A la primera: se niega** en lo que respecta a la presunta responsabilidad de la Clínica Medilaser S.A.S; debido a que no existió negligencia o culpa galénica, en la atención

# *Edwin Alfonso Vargas Narváez*

## *Abogado*

médica al menos en el ingreso que se plasto en el Triage, debido a su ingreso sin signos vitales como consta en el material probatorio allegado al plenario. Todo lo contrario, se prestó una atención diligente en las maniobras de reanimación.

Por lo anterior, genera que no resulten acreditados en este asunto, los elementos característicos de la responsabilidad civil extracontractual (aquiliana), que ha de ventilarse respecto de mí prohilada, siendo estos: *el daño, el acto o hecho dañoso atribuible a título de culpa y nexos de causalidad entre los dos primeros*. Por lo tanto, no hay lugar a conceder esta pretensión.

**A la segunda y tercera: Se niega en lo que respecta a la Clínica Medilaser S.A.S.** Ante la ausencia de los elementos constitutivos de este tipo de responsabilidad, **no hay lugar** a la emisión de condena alguna en contra de esta IPS y por ende al reconocimiento de los perjuicios invocados como morales, alteración de las condiciones de existencia o daño a la vida de relación, daño en la salud en las modalidades de daño fisiológico, psicológico daño a la vida en relación y daños materiales en su modalidad de lucro cesante.

Y en virtud de la **inexistencia de los presupuestos necesarios** para declarar la responsabilidad civil extracontractual de la Clínica Medilaser S.A.S, se origina una declaración de condenas en costas al tenor del artículo 365 del C.G.P y S.ss, **en su contra**.

### **III. Fundamentos facticos y jurídicos de la defensa**

De manera expresa y total se presenta oposición a las pretensiones de la demanda, puesto que no hay lugar a considerar que Medilaser, sea responsable de alguno de los perjuicios reclamados, como se advierte, la única intervención fue con la realización de las maniobras de reanimación del paciente el día 18 de junio de 2016. Por lo tanto, lo manifestado por los demandantes esta carente de sustento factico y jurídico, pues el poco tratamiento médico suministrado al paciente fue apegado a los protocolos y guías de manejo para este tipo de cuadros clínicos, con estricto cumplimiento de las obligaciones de medios que rodean al *lex artis* médica.

Al respecto, la Honorable Corte Suprema de Justicia en reciente pronunciamiento en el que se recoge línea jurisprudencial sobre el tema de la responsabilidad médica, definió lo siguiente:

*“...Por ello es por lo que como se planteó en el mismo pronunciamiento, ‘para el juzgamiento de los profesionales de la ciencia médica en el ámbito de la ‘responsabilidad civil’, por regla general, ha de tomarse en cuenta la ‘responsabilidad subjetiva’ basada en la culpa o negligencia, constituyendo la ‘lex artis’ parámetro preponderante para su determinación, en armonía con los ‘deberes médicos’ (...) Son partes de un sistema de responsabilidad civil asentado sobre la culpa (...) Y como doctrina reiterada (...) que para que pueda surgir responsabilidad del personal sanitario o del centro de que aquél depende, como consecuencia del tratamiento aplicable a un enfermo se requiere ineludiblemente que haya intervenido culpa o negligencia (...) ya que en la valoración de la conducta profesional de médicos y sanitarios en general queda descartada toda responsabilidad más o menos objetiva (...)’...”<sup>1</sup> (Negrillas y subrayado fuera del texto no originales)*

---

<sup>1</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL, M.P: RUTH MARINA DÍAZ RUEDA, treinta (30) de agosto de dos mil trece (2013. Ref.: Exp. Nº 11001-31-03-018-2005-00488-01)

***Edwin Alfonso Vargas Narváez***  
*Abogado*

Lo anterior, trae como consecuencia que en el caso de analizado no exista posibilidad alguna de que se accedan a las suplicas de la demanda; contrario sensu, acorde con lo que se acreditara, se solicita al honorable despacho que declare fundada las siguientes:

**IV. Excepción previa**

**I. Falta de legitimación en la causa por pasiva en cabeza de la Clínica Medilaser S.A.S frente al fallecimiento del paciente.**

Sea lo primero indicar que para el despacho a la hora de establecer la fijación del litigio en el presente asunto, **no existe en ninguno de los veinte dos hechos de la demanda alguna referencia negativa en contra de Medilaser**, guardando total silencio sobre las acciones, omisiones o posibles operaciones que se le puedan enrostrar como posible responsabilidad; como tampoco ocurre en los fundamentos de derecho, sin que mencione en forma directa o indirecta las razones que impulsaron a vincular o demandar a Medilaser por el fallecimiento del paciente. Por esta razón y en el entendido que la demanda es el acto más importante del proceso, su norte, eje central y se denota un silencio factico y jurídico frente a mi defendida. Aspecto que deberá ser resuelto de plano, pues la sola intervención médica y en este caso de un paciente que no presentaba signos vitales al ingreso no puede ameritar la interposición de una demanda y mucho menos el acceso a las pretensiones y más cuando de su material probatorio (dictamen pericial) nada se indica frente a mi prohijada.

Solo se advierte de la demanda, la posible culpa en la atención por parte del Centro Medico Corporación Medica del Caquetá y al profesional de la salud que estaba de turno Carlos Andres Nuñez Chavarro, por sus dichos en lo referente a la mala atención, descuido y la falta de ambulancia que llevo a la consecuencia que hoy se persiguen.

Teniendo en cuenta lo anterior, una vez hecha la revisión de la historia clínica como los argumentos expuestos en el presente libelo demandatorio, se encuentra paradójico que el apoderado actor, pretenda la declaratoria de responsabilidad, sin advertir la existencia de la supuesta culpa galénica en los argumentos facticos, sin señalar en que consistió tales falencias, solo se manifiesta frente a aspectos atinentes de responsabilidad a otra de las demandadas.

Conforme a las anteriores conclusiones determinadas por este costado, es necesario traer a colación el concepto de legitimación en la causa, consagrado por el máximo órgano de la jurisdicción ordinaria, el cual conceptualiza los elementos que pueden determinar dentro de una contienda jurídica, la calidad de las partes en las que recaerán cada una de las decisiones de fondo que asuma el juez natural dentro de cada caso en concreto:

*La legitimación en la causa resulta, entonces, cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, por cuanto alude a la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de éste. Por eso, su ausencia no constituye impedimento para resolver de fondo la litis, sino motivo para decidirla adversamente con relación al demandante sin que para ello se requiera la mediación de otro análisis, pues ello es lo que se aviene cuando quien reclama un derecho no es titular o cuando lo aduce ante quien no es el llamado a contradecirlo, pronunciamiento ese que, por ende, no sólo tiene que ser desestimatorio sino con*

# *Edwin Alfonso Vargas Narváez*

## *Abogado*

*fuerza de la cosa juzgada material para que ponga punto final al debate (exp. 7804, 2005; exp. 733193103001999-00125-01, 2007),*

*la sentencia de diciembre 4 de 1981 de la Corte Suprema de Justicia: (...) mal podría condenarse a quien no es la persona que debe responder del derecho reclamado o a quien es demandado por quien carece de la titularidad de la pretensión que reclama; y del mismo modo sería absurdo declarar la inhibición por falta de legitimación en la causa, pues así se permitiría que el litigante ilegítimo promoviera nuevamente el proceso o que contra él se suscitara otra vez y se iniciara una cadena interminable de inhibiciones (...) (p. 18).*

De conformidad a lo anterior y basados en la ausencia de las imputaciones endilgadas en contra de Clínica Medilaser S.A.S, aunado a los elementos de prueba que sirven y servirán de respaldo para esta defensa, **no queda ni con asomo de duda la prosperidad de esta exceptiva;** máxime cuando el reparo se circunscribe a la atención medica de otra IPS y su galenpo.

### **V. Excepciones de mérito.**

#### **I. Inexistencia de culpa galénica atribuible a la Clínica Medilaser S.A.S.**

La culpa al tenor de lo dispuesto por la doctrina consiste en un error de conducta, **"en aquello que no habría cometido una persona prudente y cuidadosa, preocupada por tener en cuenta las eventualidades desgraciadas que puede derivarse en otro"**<sup>2</sup> (Negrillas no originales). En el ámbito médico la culpa se deberá determinar a partir de la comparación de la conducta del profesional frente a la que habría adoptado un médico diligente y prudente en las mismas condiciones.

Como se ha venido detallando a lo largo de esta contestación y conforme a lo dicho que no se evidencia de entrada una imputación por acción u omisión en que soporte tal existencia de culpa, además sin verificar de qué forma actuaron contraría a los deberes galénicos en que pudo incurrir la médica general del Triage, aspecto que es de suma importancia teniendo en cuenta que es el primer deber que le asiste a la parte actora, acreditar este elemento como la relación la causa-efecto que entre otras no admite ningún grado de presunción. Pese a ello, la atención médica dispensada se da cuando el paciente ingresa sin signos vitales y el médico general de turno realiza adecuadamente las maniobras de reanimación del paciente sin que se lograra una respuesta positiva como lo dejo consignado la doctora Yolibeth Rodriguez Morales, en los siguientes términos:

---

<sup>2</sup> Jorge Pantoja Bravo, Derecho de Daños Tomo III, página 12, Editorial Temis, Edición 2015.

**Edwin Alfonso Vargas Narváez**  
**Abogado**

**CLINICA MEDILASER S.A.**

NIT: 813001952-0

**REPORTE TRIAGE**

**Datos Básicos**

Consecutivo:	0000000000000820852	Fecha Triage:	18/06/2016 11:38:39 p. m.
Identificación:	77090757	Edad:	32 Años
Paciente:	JHON JAIME ROJAS PALLARES	Vic. Conflicto:	No
Entidad Responsable:	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	Grupo Étnico:	NINGUNO
Seguridad Social:	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR		
Causa Ingreso:	Enfermedad General Adulto	Tipo de Riesgo:	Enfermedad General y Maternidad

**CLASIFICACIÓN 1 - REANIMACIÓN**

Medico: YOLIBETH RODRIGUEZ MORALES  
Diagnóstico Sindromático: AUSENCIA PULSO PARO  
Diagnóstico Presuntivo 1: N/A  
Diagnóstico Presuntivo 2: N/A  
Motivo de Consulta: HERIDA POR ARMA BLANCA.  
Enfermedad Actual: PACIENTE TRAÍDO COMO URGENCIA VITAL REMITIDO DE COORPOMEDICA CON MEDICO CON OXIGENO POR CÁNULA NASAL SIN CANALIZAR EN UN TAXI. EN MALAS CONDICIONES GENERALES PALIDEZ CUTÁNEA GENERALIZADA, SE PASA A SALA DE REANIMACIÓN PACIENTE CON MIDRIASIS SIN REFLEJO FOTOMOTOR, NO REFLEJO OCULOMOTOR, AUSENCIA DE PULSO, SE EVIDENCIA HERIDA POR ARMA CORTO-PUNZANTE DE 2.5 CM LINEAL, EN FORMA DE OJAL, LONGITUDINAL EN REGIÓN TORÁCICA ANTERIOR IZQUIERDA SUBMAMARIA. NO LLENADO CAPILAR, NO SE AUSCULTA FRECUENCIA CARDIACA, NO MV, SE DECLARA MUERTE EN HECHO VIOLENTO EL DÍA 18/06/2016 A LAS 23:30 HORAS SE NOTIFICA A LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES PARA POSTERIOR INSPECCIÓN TÉCNICA A CADAVER Y NECROPSIA MÉDICO-LEGAL

**I. Daño (muerte) no imputable al proceder médico desarrollado en la Clínica Medilaser S.A.S – inexistencia de nexo causal.**

Como lo he enunciado, otro de los elementos necesarios e indispensables para predicar responsabilidad, es el nexo de causalidad, está entendida como la relación directa entre el hecho generador del daño y el daño probado, es decir existe o no una relación ligada de causa y efecto del plano factico y jurídico en este asunto. La Corte Suprema de Justicia tiene decantado que *"ese nexo de causalidad debe ser evidente, de modo que el error del Tribunal haya sido del mismo calibre, pues en esta materia tiene esa Corporación discrecionalidad para ponderar el poder persuasivo que ofrecen las diversas probanzas, orientadas a esclarecer cuál de las variadas y concomitantes causas tiene jurídicamente la idoneidad o aptitud para producir el resultado dañoso."*<sup>3</sup>

Para el doctrinante Pantoja Bravo a través de la verificación del nexo causal se busca *"demostrar con toda certeza que si el médico hubiere actuado de una determinada manera (distinta de aquella en que lo hizo) no se había producido el resultado dañoso"*<sup>4</sup> Es así, como para llegar a establecer este nexo la doctrina ha desarrollado diferentes teorías, cobrando relevancia la denominada causa adecuada del daño a partir de la cual se considera que *"no todos los acontecimientos que preceden a un daño tienen la misma relevancia. El daño hay que asociarlo con aquel antecedente que según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata, siendo todo los demás periféricos y por tanto*

<sup>3</sup> Sent. Cas. Civ. de 12 de julio de 1994, Exp. No. 3656.

<sup>4</sup> Jorge Pantoja Bravo, *Derecho de Daños*, Tomo III, Editorial Leyer, Página 25, Edición 2015.

# *Edwin Alfonso Vargas Narváez*

## *Abogado*

*irrelevantes a efectos de atribución de responsabilidad.*<sup>5</sup> (Negrillas y subrayado fuera del texto).

Ahora bien, para llegar a establecer este nexo de causalidad la doctrina ha desarrollado diferentes teorías, cobrando relevancia la denominada **causa adecuada del daño** a partir de la cual se considera que *"no todos los acontecimientos que preceden a un daño tienen la misma relevancia. **El daño hay que asociarlo con aquel antecedente que según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata**, siendo todo los demás periféricos y por tanto irrelevantes a efectos de atribución de responsabilidad."*<sup>6</sup> (Negrillas fuera del texto)

En consonancia con lo planteado, se itera, que la atención médica prestada en las instalaciones de la Clínica Medilaser S.A, sede Florencia, no tiene ninguna conexión con el desenlace final, debido a que le paciente ingresa sin condición de recuperabilidad ante la ausencia de todo tipo de reflejo o signo vital que hiciera meritoria otra actividad diferente a la reanimación que se realizó.

## **II. Indebida tasación de daño a la vida en relación.**

Con base en los fundamentos expuestos en la demanda que fundamentan este petitum, se basa en argumentos y extractos jurisprudenciales del Consejo de Estado, los cuales son lejos de dar aplicación a la línea definida por parte de la Corte Suprema de Justicia, quien es la que determina ciertos precedentes en la justicia ordinaria y de tajo da por infundados lo solicitado y la forma como se define su monto en la demanda.

El daño a la vida de relación se presenta cuando la víctima sufre una alteración psicofísica que le impide o dificulta gozar de actividades rutinarias o bienes de la vida que disfrutaba antes del hecho lesivo. La privación de la posibilidad de realizar actividades como bailar, practicar deportes, viajar, escuchar música o realizar actividades rutinarias implica la existencia de un perjuicio que puede catalogarse como resarcible, en palabras de la Corte:

*"La calidad de la vida de la víctima se ve reducida, porque sus aspiraciones y sueños se vuelven mucho más difíciles de alcanzar. La víctima encontrará obstáculos y vicisitudes que antes no debía afrontar. El damnificado ve dificultades para acceder a la cultura, el deporte, el entretenimiento, el placer y las relaciones sociales y afectivas. No solo se trata de la imposibilidad de gozar los placeres de la vida, sino al hecho de que actividades rutinarias impliquen incomodidades o esfuerzos"*<sup>7</sup>

Como se advierte de entrada la víctima directa falleció, con ocasión directa de la herida propinada en su humanidad en un forcejeo en intento de robo, por tal razón se deberá probar este perjuicio por quien lo alega, sin embargo, la jurisprudencia ha determinado ciertos topes en este tipo de asuntos, pues afectan de manera directa la esfera externa del comportamiento del individuo. Así las cosas, la Corte Suprema

<sup>5</sup>Responsabilidad Civil Médica, Manuel de Jesús Rojas Salgado, Librería Jurídica Sanchez R. Ltda, 2da Edición, 2014.

<sup>6</sup>Responsabilidad Civil Médica, Manuel de Jesús Rojas Salgado, Librería Jurídica Sanchez R. Ltda, 2da Edición, 2014.

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 13 de mayo de 2008, 11001-3103-006-1997-09327-01, Magistrado Ponente: César Julio Valencia Copete.

***Edwin Alfonso Vargas Narváez***  
*Abogado*

en sede de instancia taso en la suma de \$30.000.000, por el fallecimiento de un esposo a la víctima que acredito tal perjuicio<sup>8</sup>. Por ende, la suma reclamada no se fija en salarios mínimos y la cantidad solicitada supera un tope ya definido.

**III. Inexistencia de perjuicio denominado daño a la salud en las modalidades de daño fisiológico, psicológico.**

La Corte Suprema de Justicia no ha utilizado el concepto de daño a la salud, a diferencia del Consejo de Estado, sino que ha utilizado el concepto de daño a la vida de relación y los argumentos utilizados por el abogado que redacta la demanda, se basan en pronunciamientos del Consejo de Estado, no tienen injerencia en el desarrollo de la jurisprudencia para este tipo de procesos, por ende, es improcedente la solicitud que se realiza en este sentido.

**IV. Indebida tasación de perjuicios morales.**

En el mismo sentido, el apoderado en esta pretensión no realiza una solicitud que se encamine a estructurar una tasación conforme a los lineamientos definidos por la Corte Suprema de Justicia, existe contrariedad en este acápite basándose en los mismos fundamentos utilizados por el Consejo de Estado, que en nada se relacionan con la forma como debe liquidarse este tipo de perjuicios en la esfera ordinaria, sobre todo en salarios minimos que dejo de ser utilizada.

De igual forma su liquidación es exagerada conforme al compararla con algunos pronunciamientos ya definidos por la corte suprema de justicia, por ejemplo la dada en la nota al pei de la setencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 22 de octubre de 2021, radicado 11001-31-03-037-2001-01048-01, Magistrado Ponente: LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA.

De igual forma su liquidación es exagerada conforme al compararla con algunos pronunciamientos ya definidos por la corte suprema de justicia, por ejemplo la dada en la nota al pei de la setencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 22 de octubre de 2021, radicado 11001-31-03-037-2001-01048-01, Magistrado Ponente: LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA.

**En los perjuicios morales la Corte estableció: en SC 30 jun. 2005, rad. 1998- 00650-01 la suma de \$20.000.000 por el fallecimiento de madre en accidente de transito; Sent. sustitutiva 20 ene. 2009 – rad.1993-00215-01 la suma de \$40.000.000 a persona con lesiones cerebrales por disparo imprudente de arma de fuego; Sent. sustitutiva 17- nov. 2011, rad. 1999-00533-01 la suma de \$53.000.000 a los familiares de persona fallecida en cirugía de septoplastia; SC 12 jul. 2012 rad. 2002- 00101-01 la suma de \$55.000.000 por fallecimiento de padre; SC 8 ago. 2013 rad. 2001-01402-01 la suma de \$55.000.000 por fallecimiento de padre; SC12994-2016 la suma de \$56.670.000 confirma decisión del a quo. Lesiones en accidente de transito; SC15996-2016 y SC13925-2016 la suma de \$60.000.000 A padres, hijos y cónyuge de fallecido; SC16690-2016 la suma de \$50.000.000 daño neurológico de**

---

<sup>8</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 07 de marzo de 2019, 0500 31 03 016 2009 00005- 01, Magistrado Ponente: Octavio Augusto Tejeiro Duque.

***Edwin Alfonso Vargas Narváez***  
*Abogado*

neonato; SC9193-2017 la suma de \$60.000.000 deficiencia de atención médica en parto causante de parálisis cerebral y cuadriplejía; SC21898-2017 la suma de \$40.000.000 daño por extracción de ojo; SC5686-2018 la suma de \$72.000.000 a familiares de personas fallecidas en tragedia de Machuca (se otorgó un mayor valor ante la magnitud, alcance y gravedad del hecho); SC665-2019 la suma de \$60.000.000 por muerte de peatón en accidente de tránsito; SC562-2020 la suma de \$60.000.000 a víctima y padres por ceguera total, extracción globo ocular, parálisis medio lado corporal y retraso mental por mala atención médica a neonato; SC780- 2020 la suma de \$30.000.000 para víctima y familiares por lesiones de mediana gravedad en accidente de tránsito; SC5125-2020 la suma de \$55.000.000 Fallecimiento del padre; SC3943-2020 la suma de \$40.000.000 A favor del menor y padres por parálisis cerebral por negligencia en la atención médica a neonato; SC3728-2021 la suma de \$60.000.000 a menor con parálisis cerebral por negligencia en la atención médica al momento del nacimiento.

**V. Injustificada tasación de lucro cesante a favor de la señora Diana Milena Salgado Salazar.**

En primera medida el fundamento de tasación de este perjuicio se desliga, cuando afirma que "*afectando, el ingreso y sustento de su familia, lo que perjudica indiscutiblemente su mínimo vital*" lo cual adolece de veracidad debido a que su mínimo vital quedo cobijado por la pensión de sobreviviente a favor de la señora Diana Milena Salgado Salazar, por medio de la Resolución N° 0219 del 13 de enero de 2017, la cual ordeno el pago de UN MILLÓN CIENTO VEINTITRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS (1.123.464), el cual obra como prueba dentro del plenario como también el mínimo vital de sus hijos.

Ahora bien, otro factor importante a destacar era que la señora Diana Milena Salgado Salazar, no dependía económicamente del señor Rojas Pallares, pues al revisar su identificación en el sistema ADRES (administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud) o BDUA, aparece que la señora fue cotizante activa de la EPS contributiva, Coomeva Entidad Promotora De Salud S.A. "Coomeva E.P.S. S.A." hoy en proceso de liquidación, lo cual denota con meridiana claridad que la señora Diana Milena para la época del fallecimiento del paciente, se encontraba cotizando al sistema de seguridad social lo cual devine que tenía sus propios ingresos y no dependía económicamente del fallecido.

Así se demuestra en la consulta realizada:

# Edwin Alfonso Vargas Narváez

## Abogado

Aplicaciones

# ADRES



La salud  
es de todos

Minsalud

### ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud  
Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	30509568
NOMBRES	DIANA MILENA
APELLIDOS	SALGADO SALAZAR
FECHA DE NACIMIENTO	22/02/1988
DEPARTAMENTO	CAQUETA
MUNICIPIO	FLORENCIA

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. "COOMEVA E.P.S. S.A."	CONTRIBUTIVO	01/03/2007	31/07/2017	COTIZANTE

En este sentido, lo ha expuesto la doctrina: *el concepto de dependencia económica, es fundamental para que las víctimas indirectas puedan pretender la indemnización de perjuicios materiales, mas específicamente en cuanto al lucro cesante consolidado y/o futuro se refiere, puesto que en muchos casos, como se verá más adelante, no basta con ser acreedor alimentario para solicitar el resarcimiento de los ingresos que han dejado de percibir a raíz de la muerte de su proveedor, pues se exige a la parte actora, probar suficientemente la existencia de esa ayuda y su monto<sup>9</sup>.*

En ese sentido la jurisprudencia de la Corte Suprema lo ha indicado de la siguiente manera:

*"esta sala ha determinado que la dependencia económica tiene como rasgo fundamental el hecho de que, una vez fallecido el causante y, por lo mismo, extinguida la relación de contribución económica hacia el presunto beneficiario, la solvencia de este último se ve amenazada en importante nivel, al punto de poner en riesgo sus condiciones de vida dignas. Esto es una persona es dependiente cuando no cuenta con grado suficiente de autonomía económica y su nivel de vida digna y decorosa está subordinada a los recursos provenientes del que fallece<sup>10</sup>"*

Por lo anteriormente planteado este perjuicio no está llamado a prosperar de igual forma no se realiza el computo de lo que gastaría el fallecido en sus propios gastos "gastos personales" que se ha determinado en un 25%. Que opera en la liquidación de cualquiera de los reclamantes.

## 1. Hecho de un tercero.

Dentro de lo que se ha argumentado, se precisa que influyo sobremanera el comportamiento de un tercero (delincuente), en un posible hurto que desencadeno en una lesión física grave y compleja propinada por parte de la delincuencia que azotaba y azota a la ciudad de Florencia, dicha herida propinada por arma corto-punzante

<sup>9</sup> Criterios para la liquidación del lucro cesante en la responsabilidad civil respuestas de la doctrina y la jurisprudencia. Andrés Orión Álvarez Pérez, coordinador edición 2020 pagina 75.

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación laboral, sentencia del 05 de febrero de 2020, magistrada ponente: Dra. Clara Cecilia dueñas Quevedo radicado interno SL529-2020 N° 79458.

# *Edwin Alfonso Vargas Narváez*

## *Abogado*

genero las lesiones complejas que llevaron al fallecimiento del paciente, al punto que al ingreso a Corpomedica se describió su condición compleja al punto que el perito allegado por la parte actora el médico general Milan Gerardo Ríos Alvarado, en la respuesta a la pregunta número 2.

2. De conformidad al contenido de la historia clínica del paciente JHON JAIME ROJAS fechada del 18 de Junio de 2016 que indique el perito ¿Existían en la paciente signos clínicos y paraclínicos que sugirieran riesgo de muerte de la paciente? Qué lesiones internas se podían esperar encontrar en esta caso?

### RESPUESTA:

Los signos y síntomas presentados por el paciente en mención son de riesgo inminente de muerte debido a las características de la herida toraco abdominal, es decir que en este tipo de heridas penetrantes existe una alta la posibilidad de lesiones de estructuras internas, primero de tejidos blandos, vasos sanguíneos de músculos del tórax y abdomen y de órganos que se encuentran en el tórax como son los pulmones y el diafragma. De igual forma se sospecha lesión de vasos arterio venosos y vísceras abdominales.

Todas las lesiones anteriormente descritas causan sangrados importantes que causan complicaciones como:

- Colapso pulmonar por neumotórax o hemotórax.
- A nivel de diafragma el riesgo de herniación del contenido abdominal hacia la cavidad torácica que desplaza el pulmón y afecta la respiración.
- A nivel abdominal el hemoperitoneo por lesión de vasos sanguíneos, neumo peritoneo por perforación de víscera hueca, peritonitis química, la perforación de intestinos y el consecuente vaciamiento de materia fecal u orina a la cavidad abdominal causan peritonitis y sepsis.

Con lo anterior queda claro que la causa directa del fallecimiento del paciente fue una herida propinada que lesiono órganos fundamentales y que desencadenara las complicaciones que llevaron al fallecimiento del paciente y más cuando ingresa a la Clínica Medilaser ocurre sin signos vitales dada su gravedad y la inminencia de sus complicaciones en menos de 1 hora, lo que deviene en la imposibilidad de condenar a Medilaser, pues aunque se hiciera una cirugía inmediata no se garantizaría la sobrevivencia del paciente.

## **II. La denominada genérica.**

Por mandato expreso del legislador, puede ser declarada oficiosamente las excepciones que aquel encuentre probadas.

Por lo tanto, solicito al señor juez, se sirva declarar probadas las excepciones que resulten dentro del presente proceso conforme al artículo 282 del C.G.P.

### **Pruebas de la oposición y de las excepciones de fondo**

Con el objeto de: probar las excepciones propuestas en el presente escrito de contestación de demanda, muy respetuosamente solicito al señor juez se decreten y practiquen las siguientes pruebas:

#### **1. Documental:**

Téngase como documental las aportadas totalmente con la demanda y anexo a ellas las siguientes:

***Edwin Alfonso Vargas Narváez***  
***Abogado***

1.1 Copia auténtica de historia clínica del paciente Jhon Jaime Rojas Pallares en un documento adjunto.

**2. Testimoniales:**

Para que declaren sobre los hechos de la demanda y sobre las respuestas dadas en esta contestación y lo consignado en historia clínica, se solicita recibir el testimonio de las siguientes personas:

2.2. Doctora **Yolibeth Rodríguez Morales**, en calidad de médico general, que se localiza Calle 6 No. 14 A – 55, Clínica Medilaser S.A Sucursal Florencia, o por intermedio de este apoderado para que explique en su calidad de médico, absuelva las preguntas que le formularé, con relación a los hechos objeto de debate en los cuales actuó como médico tratante del paciente Jhon Jaime Rojas Pallares, y en iguales términos, para que con fundamento en sus conocimientos, estudios y experiencia, manifieste aspectos técnicos respecto de los hechos objeto de debate en general.

Para efectos de su notificación electrónica se encuentra el siguiente correo: [yoli-1214@hotmail.com](mailto:yoli-1214@hotmail.com) y abonado celular 3112252555.

Profesionales idóneos para dilucidar la decisión del operador judicial.

**VI. Contradicción frente a las pruebas presentadas con la demanda.**

1. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 228 del CGP, **me permito solicitar la comparecencia del perito Gerardo Díaz Alvarado** a la audiencia de que trata el artículo 373 ibídem con la finalidad de ejercer contradicción en contra del dictamen pericial sobre las manifestaciones y conclusiones presentadas en su escrito.

**VII. Peticiones.**

Se solicita con fundamento en lo contestado, se absuelva a la Clínica Medilaser de las pretensiones contenidas en la demanda y en consecuencia, sírvase **condenar en costas, gastos y agencias en derecho a la parte actora.**

Téngase por contestado el medio de control de reparación directa de conformidad a la constancia secretarial que obra en el expediente.

**VIII. Anexos**

- I. Las enunciadas en el acápite de pruebas documentales.
- II. Poder debidamente conferido por la representante legal.
- III. Certificado de Existencia y Representación Legal de la Clínica Medilaser S.A.S

**IX. Notificaciones:**

***Edwin Alfonso Vargas Narváez***  
*Abogado*

El suscrito apoderado de la Clínica Medilaser S.A.S en la en la Calle 6° No. 14ª-55 B/  
Juan XXIII, teléfono 4366000 Ext. 2135 Cel. 3144028982, dirección de correo  
electrónico: [notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com](mailto:notificacionjudicial.medilaser@hotmail.com).

Atentamente,

**Edwin Alfonso Vargas Narváez**  
C.C. No. 1.117.493.113 De Florencia  
T.P. No.206.167 del C.S. de la J.

TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA  
 IDENTIFICACIÓN: 77090757  
 PACIENTE: ROJAS PALLARES JHON JAIME  
 GENERO: MASCULINO  
 ETNIA: OTRAS ETNIAS  
 FECHA NACIMIENTO: 05/01/1984  
 EDAD: 32 AÑOS 5 MESES 13 DÍAS  
 MUNICIPIO: FLORENCIA - CAQUETÁ  
 EMPRESA: SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD (CAQUETA)  
 TIPO AFILIACIÓN: VINCULADO  
 FECHA DE INGRESO: 18/06/2016 11:03PM  
 FECHA DE EGRESO:  
 TELÉFONO: 0-0  
 RESIDENCIA: CENTRO  
 CAUSA EXTERNA: LESION POR AGRESION

**REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:**

**INFORMACIÓN DEL ACUDIENTE:**

DOCUMENTO: 30509568  
 NOMBRE: DIANA MILENA SALGADO  
 PARENTESCO: ESPOSO(A)  
 TELEFONO: 3223112697  
 DIRECCIÓN:

ESPECIALIDAD A LA QUE SE REMITE: CIRUGIA GENERAL

NIVEL DE COMPLEJIDAD: NIVEL 3

CAUSA DE LA REMISIÓN: PACIENTE CON HERIDA COMPLEJA TORACOABDOMINAL CON SIGNOS VITALES EN INSINUADA ESTABILIDAD CLINICA, POR LO QUE SE INICIA TRAMITES DE REMISIÓN PARA VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA GENERAL

TIPO DE AMBULANCIA: BASICA

**DIGANOSTICO DE EGRESO**

CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRIORIDAD
S219	HERIDAS DEL TORAX PARTE NO ESPECIFICADA	PRINCIPAL

MOTIVO DE CONSULTA: "ME PEGARON UNA APUÑALADA"

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUIEN INGRESA POR HERIDA TORACOABDOMINAL EN LINE MEDIA AXILAR IZQUIERDA ENTRE 6 Y 7 ESPACIO INTERCOSTAL, CON PALIDEZ Y FRIALDAD GENERALIZADA

**ANTECEDENTES**

**PERSONALES:**

PATOLOGICOS:	NO REFIERE	TRAUMATOLOGICOS:	NO REFIERE
QUIRURGICOS:	NO REFIERE	INMUNOLOGICOS:	NO REFIERE
TRANSMISION SEXUAL:	NO REFIERE	ALERGICOS:	NO REFIERE
FARMACOLOGICOS:	NO REFIERE	TOXICOS:	NO REFIERE
NUTRICIONALES:	NO REFIERE	VACUNACION:	NO REFIERE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO:	NO REFIERE	PERINATALES:	NO REFIERE

**FAMILIARES:**

QUIRURGICOS:	NO REFIERE	PATOLOGICOS:	NO REFIERE
FARMACOLOGICOS:	NO REFIERE	ALERGICOS:	NO REFIERE

**SIGNOS VITALES:**

TENSIÓN ARTERIAL	: 110/80 mmHg	SATURACIÓN DE OXIGENO	: 95.0 %	PESO	: 1.00 Kg
FRECUENCIA CARDIACA	: 87 X minuto	GLUCOMETRIA	: mg/dl	TALLA	: 1.00 Cm
FRECUENCIA RESPIRATORIA	: 27 X minuto	TEMPERATURA	: 36.5 °c	IMC	: 10000.00
				M2	: 0.12

**EXAMEN FÍSICO:**

ASPECTO GENERAL: BUEN ESTADO GENERAL, CONDICIÓN NORMAL.  
 CABEZA: NORMOCEFALO, SIN DEFORMIDADES.  
 OJOS: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERÓTICAS ANTICRÉTICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, FONDO DE OJO SIN ALTERACIONES.  
 OIDOS: CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS SI ALTERACIONES, TÍMPANOS ÍNTEGROS, SIN SANGRADOS NI SECRECIONES.  
 NARIZ: SIN RINORREA FOSAS PERMEABLES OROFARINGE: MUCOSA ORAL HÚMEDA, LENGUA Y FARINGE SIN ALTERACIONES, SIN SANGRADOS, SIN SECRECIONES.  
 OROFARINGE: SIN ALTERACIONES.  
 CUELLO: CENTRAL SIN DEFORMIDADES, SIN MASAS NI MEGALIAS.  
 TORAX: SE EVIDENCIA HERIDA DE MAS O MENOS 3 CM, PROFUNDA EN DIRECCION A ABDOMEN, EN LINEA MEDIA AXILAR ENTRE 6 Y 7 ESPACIO INTERCOSTAL  
 PULMONAR: RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS.  
 CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS.  
 PERFUSIÓN: BUEN LLENADO CAPILAR, PULSOS SIMÉTRICOS Y PALPABLES.  
 ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, PERISTALTISMO NORMAL, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.  
 EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS SIN DOLOR NI LIMITACIÓN CON EL MOVIMIENTO, SIN EDEMAS.  
 GENITOURINARIO: SIN ALTERACIONES.  
 NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.

# CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

## REPORTE TRIAGE

### Datos Básicos

<b>Consecutivo:</b>	0000000000000820852	<b>Fecha Triage:</b>	18/06/2016 11:38:39 p. m.
<b>Identificación:</b>	77090757	<b>Edad:</b>	32 Años
<b>Paciente:</b>	JHON JAIME ROJAS PALLARES	<b>Vic. Conflicto:</b>	No
<b>Entidad Responsable:</b>	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR	<b>Grupo Étnico:</b>	NINGUNO
<b>Seguridad Social:</b>	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR		
<b>Causa Ingreso:</b>	Enfermedad General Adulto	<b>Tipo de Riesgo:</b>	Enfermedad General y Maternidad

### CLASIFICACIÓN 1 - REANIMACIÓN

**Medico:** YOLIBETH RODRIGUEZ MORALES  
**Diagnóstico Sindromático:** AUSENCIA PULSO PARO  
**Diagnóstico Presuntivo 1:** N/A  
**Diagnóstico Presuntivo 2:** N/A  
**Motivo de Consulta:** HERIDA POR ARMA BLANCA.  
**Enfermedad Actual:** PACIENTE TRAÍDO COMO URGENCIA VITAL REMITIDO DE COORPOMEDICA CON MEDICO CON OXÍGENO POR CÁNULA NASAL SIN CANALIZAR EN UN TAXI. EN MALAS CONDICIONES GENERALES PALIDEZ CUTÁNEA GENERALIZADA, SE PASA A SALA DE REANIMACIÓN PACIENTE CON MIDRIASIS SIN REFLEJO FOTOMOTOR, NO REFLEJO OCULOMOTOR, AUSENCIA DE PULSO, SE EVIDENCIA HERIDA POR ARMA CORTO-PUNZANTE DE 2.5 CM LINEAL, EN FORMA DE OJAL, LONGITUDINAL EN REGIÓN TORÁCICA ANTERIOR IZQUIERDA SUBMAMARIA. NO LLENADO CAPILAR, NO SE AUSCULTA FRECUENCIA CARDIACA, NO MV, SE DECLARA MUERTE EN HECHO VIOLENTO EL DÍA 18/06/2016 A LAS 23:30 HORAS SE NOTIFICA A LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES PARA POSTERIOR INSPECCIÓN TÉCNICA A CADÁVER Y NECROPSIA MÉDICO-LEGAL

**Estado de Conciencia:** Alerta  
**Aliento Alcohol:** No  
**Consulta por Especialidad:** No  
**Victima de Conflicto Armado:** No  
**Reingreso:** No

### Antecedentes

**Medicos:** No Refiere  
**Quirúrgicos:** No Refiere  
**Transfucionales:** No Refiere  
**Inmunológicos:** No Refiere  
**Alérgicos:** No Refiere  
**Traumáticos:** No Refiere  
**Psicológicos y Psiquiátricos:** No Refiere  
**Farmacológicos:** No Refiere  
**Familiares:** No Refiere  
**Tóxicos:** No Refiere  
**Ginecológicos:** No Refiere  
**Perinatales:** No Refiere  
**Otros:**

### Arribó Urgencias

Arribó a urgencias en:

### Signos Vitales

# CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

## REPORTE TRIAGE

**TA:** 000/0 mmHg  
mmHg

**FC:** 00 lpm lpm

**FR:** 200 rpm rpm

**T:** 36 °C °C

**SO2:** 000%%

**Peso** 90 Kg

**Talla:** 168



Cámara de Comercio  
de Florencia  
para el Caquetá

**CAMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA PARA EL CAQUETA  
CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA CORPOMEDICA**

Fecha expedición: 2022/03/29 - 08:43:07 \*\*\*\* Recibo No. S001206374 \*\*\*\* Num. Operación. 99-USUPUBXX-20220329-0008  
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS  
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2022.  
**CODIGO DE VERIFICACIÓN sdn8HDMkPp**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.**

Con fundamento en las inscripciones del Registro de Entidades sin Ánimo de Lucro y de la Economía Solidaria,

**CERTIFICA**

**NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

**NOMBRE o RAZÓN SOCIAL:** CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA CORPOMEDICA  
**ORGANIZACIÓN JURÍDICA:** ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO  
**CATEGORÍA :** PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL  
**NIT :** 828000073-1  
**ADMINISTRACIÓN DIAN :** FLORENCIA  
**DOMICILIO :** FLORENCIA

**MATRICULA - INSCRIPCIÓN**

**INSCRIPCIÓN NO :** S0500478  
**FECHA DE INSCRIPCIÓN :** DICIEMBRE 10 DE 1998  
**ULTIMO AÑO RENOVADO :** 2022  
**FECHA DE RENOVACION DE LA INSCRIPCIÓN :** MARZO 28 DE 2022  
**ACTIVO TOTAL :** 12,486,850,817.00  
**GRUPO NIIF :** GRUPO II

**UBICACIÓN Y DATOS GENERALES**

**DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL :** CRA 9B 8-221  
**BARRIO :** EL PRADO  
**MUNICIPIO / DOMICILIO:** 18001 - FLORENCIA  
**TELÉFONO COMERCIAL 1 :** 6084341921  
**TELÉFONO COMERCIAL 2 :** 6084342133  
**TELÉFONO COMERCIAL 3 :** 3183125651  
**CORREO ELECTRÓNICO No. 1 :** corpomedicaips@gmail.com

**DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL :** CRA 9B 8-221  
**MUNICIPIO :** 18001 - FLORENCIA  
**BARRIO :** EL PRADO  
**TELÉFONO 1 :** 6084341921  
**TELÉFONO 2 :** 6084342133  
**TELÉFONO 3 :** 3183125651  
**CORREO ELECTRÓNICO :** corpomedicaips@gmail.com

**NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen



**CAMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA PARA EL CAQUETA  
CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA CORPOMEDICA**

**Fecha expedición:** 2022/03/29 - 08:43:07 \*\*\*\* **Recibo No.** S001206374 \*\*\*\* **Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20220329-0008  
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS  
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2022.  
**CODIGO DE VERIFICACIÓN** sdn8HDMkPp

personalmente a través del correo electrónico de notificación :  
corpomedicaips@gmail.com

**CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA**

**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

**ACTIVIDAD SECUNDARIA :** Q8692 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO

**OTRAS ACTIVIDADES :** Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO

**CERTIFICA - CONSTITUCIÓN**

POR PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA NÚMERO 121 DEL 05 DE OCTUBRE DE 1995 DE LA SECRETARIA DE GOBIERNO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 749 DEL LIBRO I DEL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO EL 10 DE DICIEMBRE DE 1998, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA CORPOMEDICA.

**CERTIFICA - PERSONERÍA JURIDICA**

QUE LA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO OBTUVO SU PERSONERÍA JURÍDICA EL 10 DE DICIEMBRE DE 1998 BAJO EL NÚMERO 000000000000000000749 OTORGADA POR SECRETARIA DE GOBIERNO

**CERTIFICA - ENTIDAD DE VIGILANCIA**

QUE LA ENTIDAD QUE EJERCE LA FUNCIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL ES SUPERSALUD

**CERTIFICA - REFORMAS**

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA	DOCUMENTO	INSCRIPCION	FECHA
AC-14	20070321	JUNTA DE SOCIOS	FLORENCIA	RE01-4559	20070525
DP-1	20130118	EL COMERCIANTE	FLORENCIA	RE01-8536	20130118
DP-1	20130123	EL COMERCIANTE	FLORENCIA	RE01-8543	20130123
DP-1	20150331		FLORENCIA	RE01-9770	20150331
AC-2	20180728	ASAMBLEA DE ASOCIADOS	FLORENCIA	RE01-13444	20181218

**CERTIFICA - VIGENCIA**

QUE LA DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA (VIGENCIA) ES HASTA EL 05 DE OCTUBRE DE 2095

**CERTIFICA - OBJETO SOCIAL**

OBJETO: LA CORPORACIÓN CORPOMEDICA, TENDRÁ COMO OBJETO PRINCIPAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ASISTENCIALES Y OTROS AFINES O COMPLEMENTARIOS, DIRECTAMENTE O POR MEDIO DE SUS EMPRESAS ASOCIADAS A ENTIDADES PÚBLICAS, PRIVADAS (EPSC, EPSS, ARL, EMPRESAS DE MEDICINA PRE-PAGADA ETC.) Y PERSONAS NATURALES EN BUSCA DEL MEJORAMIENTO DEL NIVEL DE VIDA DE LA POBLACIÓN USUARIA Y BENEFICIARIA DE SUS SERVICIOS. PARA EL LOGRO DE SU OBJETO CORPOMÉDICA, PROPENDERÁ POR GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD A SUS USUARIOS Y BENEFICIARIOS POR MEDIO DE CONTRATOS CON TERCEROS. DE LA MISMA FORMA CORPOMÉDICA PODRÁ CONSTITUIR COMPAÑÍAS FILIALES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE EMPRESAS DESTINADAS A LAS ACTIVIDADES DEL OBJETO DE LA CORPORACIÓN; IMPORTAR TODA CLASE DE ELEMENTOS, INSUMOS, MAQUINARIAS Y/O EQUIPOS DESTINADOS A



**CAMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA PARA EL CAQUETA  
CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA CORPOMEDICA**

**Fecha expedición:** 2022/03/29 - 08:43:07 \*\*\*\* **Recibo No.** S001206374 \*\*\*\* **Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20220329-0008  
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS  
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2022.  
**CODIGO DE VERIFICACIÓN** sdn8HDMkPp

REALIZAR EL OBJETO DE LA CORPORACIÓN Y EN GENERAL CELEBRAR O EJECUTAR TODA CLASE DE CONTRATOS, ACTOS Y/O OPERACIONES SOBRE BIENES MUEBLES O INMUEBLES, DE CARÁCTER CIVIL O COMERCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE TENGAN COMO FINALIDAD EJERCER LOS DERECHOS Y CUMPLIR LAS OBLIGACIONES LEGALES O CONVENCIONALES DERIVADAS DE LA EXISTENCIA Y DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LA CORPORACIÓN. COMO TAL TIENE CAPACIDAD PARA ADQUIRIR BIENES MUEBLES E INMUEBLES, ENAJENARLOS, Y EN GENERAL REALIZAR TODA CLASE DE ACTOS LÍCITOS Y CONTRATOS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO. PARÁGRAFO:- EN EL DESARROLLO DEL OBJETO, PODRÁ LA CORPORACIÓN EJECUTAR TODOS LOS ACTOS O CONTRATOS QUE FUERAN CONVENIENTES O NECESARIOS PARA EL CABAL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO.

**CERTIFICA - PATRIMONIO**

PATRIMONIO : \$ 5,200,000.00

**CERTIFICA**

**CONSEJO DE ADMINISTRACION - PRINCIPALES**

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 05 DE DICIEMBRE DE 2012 DE ASAMBLEA DE ASOCIADOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9416 DEL LIBRO I DEL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO EL 17 DE JULIO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION	ESCOBAR CASTAÑEDA FERNANDO	CC 17,636,636

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 05 DE DICIEMBRE DE 2012 DE ASAMBLEA DE ASOCIADOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9416 DEL LIBRO I DEL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO EL 17 DE JULIO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION	CARRIEL FUENTES GABRIEL JOSE	CE 262,185

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 05 DE DICIEMBRE DE 2012 DE ASAMBLEA DE ASOCIADOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9416 DEL LIBRO I DEL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO EL 17 DE JULIO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION	RAMIREZ OSORIO MONICA	CC 55,153,709

POR ACTA NÚMERO 22 DEL 05 DE DICIEMBRE DE 2012 DE ASAMBLEA DE ASOCIADOS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9416 DEL LIBRO I DEL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO EL 17 DE JULIO DE 2014, FUERON NOMBRADOS :

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
MIEMBRO CONSEJO DE ADMINISTRACION	GIRALDO ALZATE DAGOBERTO	CC 16,208,472



**CAMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA PARA EL CAQUETA  
CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA CORPOMEDICA**

**Fecha expedición:** 2022/03/29 - 08:43:08 \*\*\*\* **Recibo No.** S001206374 \*\*\*\* **Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20220329-0008  
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS  
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2022.  
**CODIGO DE VERIFICACIÓN** sdn8HDMkPp

ADMINISTRACION

**CERTIFICA**

**REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES**

POR ACTA NÚMERO 13 DEL 28 DE JUNIO DE 2011 DE CONSEJO DE ADMINISTRACION, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 7814 DEL LIBRO I DEL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO EL 31 DE OCTUBRE DE 2011, FUERON NOMBRADOS :

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>
GERENTE	GIRALDO ALZATE DAGOBERTO	CC 16,208,472

**CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES**

FUNCIONES DEL GERENTE: SON FUNCIONES DEL GERENTE: A) ES EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACIÓN, CON LA FACULTAD DE TRANSIGIR, DELEGAR Y SUSTITUIR, CONSTITUIR LOS PODERES JUDICIALES QUE SEAN NECESARIOS PARA LA DEFENSA DE LOS INTERESES DE LA ENTIDAD. B) ORGANIZAR Y DIRIGIR DE CONFORMIDAD CON LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS INTERNOS LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. C) REALIZAR LOS CONTRATOS LABORALES QUE FUESEN NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO DE LA CORPORACIÓN, Y NOMBRAR EL PERSONAL DE ACUERDO CON LA NÓMINA, ASIGNACIÓN APROBADA POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN CONFORME A LO DISPUESTO POR ESTOS ESTATUTOS. D) ORDENAR EL PAGO DE LOS GASTOS ORDINARIOS DE LA CORPORACIÓN Y FIRMAR LOS CHEQUES EN ASOCIO CON EL DESIGNADO POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN. E) FIRMAR LOS CONTRATOS LABORALES Y HACER CUMPLIR LAS CAUSALES EN LOS MISMOS. F) VIGILAR EL TRABAJO DE LOS EMPLEADOS DE LA CORPORACIÓN. G) REMOVER Y SANCIONAR LOS EMPLEADOS CUANDO FUERE NECESARIO PARA EL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DE LA CORPORACIÓN. H) PROYECTAR PARA EL ESTUDIO DE APROBACIÓN DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN LOS CONTRATOS Y OPERACIONES DE LA CORPORACIÓN Y QUE SUPEREN EL MONTO DE SU COMPETENCIA. I) VIGILAR EL ESTADO DE CAJA Y CUIDAR QUE SE MANEJEN CON SEGURIDAD LOS BIENES DE LA CORPORACIÓN. J) PRESENTAR LOS INFORMES QUE LE SOLICITE EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN Y/O LA ASAMBLEA GENERAL DE ASOCIADOS ACTIVOS. K) PRESENTAR AL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN LOS PLANES Y PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA CORPORACIÓN. L) LAS DEMÁS FUNCIONES QUE CORRESPONDAN A LA NATURALEZA DE SU CARGO Y LAS QUE LE SEAN ASIGNADAS POR LA ASAMBLEA Y/O EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN.

**CERTIFICA**

**REVISOR FISCAL - PRINCIPALES**

POR ACTA NÚMERO 1 DEL 07 DE FEBRERO DE 2020 DE CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 14443 DEL LIBRO I DEL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO EL 08 DE MAYO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>	<b>T. PROF</b>
REVISOR FISCAL	DIAZ HELDER	CC 7,694,689	105218-T

**CERTIFICA**



**CAMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA PARA EL CAQUETA  
CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA CORPOMEDICA**

**Fecha expedición:** 2022/03/29 - 08:43:08 \*\*\*\* **Recibo No.** S001206374 \*\*\*\* **Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20220329-0008  
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS  
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2022.  
**CODIGO DE VERIFICACIÓN** sdn8HDMkPp

**REVISOR FISCAL - PRIMEROS SUPLENTE**

POR ACTA NÚMERO 1 DEL 07 DE FEBRERO DE 2020 DE CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 14443 DEL LIBRO I DEL REGISTRO DE ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO EL 08 DE MAYO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>IDENTIFICACION</b>	<b>T. PROF</b>
SUPLENTE	PAJOY MEDINA VIRGILIO	CC 17,647,026	43087-T

**REVISORÍA FISCAL - FACULTADES**

FUNCIONES DEL REVISOR FISCAL: LAS FUNCIONES DEL REVISOR FISCAL DE LA CORPORACIÓN, SERÁN LAS MISMAS QUE LA LEY SEÑALA A LOS REVISORES FISCALES DE LAS SOCIEDADES COMERCIALES, Y LAS QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN: A) EFECTUAR ARQUEO A LOS FONDOS DE LA CORPORACIÓN CUANDO LO CREA CONVENIENTE, Y/O A PETICIÓN DEL PRESIDENTE O DE CUALQUIER MIEMBRO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN, CUANDO SE PRESUMA QUE EXISTEN ANOMALÍAS EN EL MANEJO DE LOS FONDOS, PATRIMONIOS Y BIENES. B) FIRMAR LOS BALANCES, CUENTAS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN, LA ASAMBLEA GENERAL O EL MINISTERIO DE SALUD. C) VIGILAR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LA CONTABILIDAD Y LA VERACIDAD DE LA MISMA. D) INSPECCIONAR FÍSICAMENTE EL PATRIMONIO, BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE LA CORPORACIÓN Y PROCURAR QUE SE TOMEN OPORTUNAMENTE MEDIDAS DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO A LOS MISMOS. E) PONER EN CONOCIMIENTO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN, LA ASAMBLEA GENERAL Y DE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL LAS IRREGULARIDADES QUE SE HAYAN PRESENTADO AL INTERIOR DE LA CORPORACIÓN Y NO FUERON CORREGIDAS OPORTUNAMENTE POR EL REPRESENTANTE LEGAL Y/O EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN. F) DESEMPEÑAR EN GENERAL TODAS LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO Y LAS DEMÁS QUE LE ASIGNE LA LEY Y LA ASAMBLEA GENERAL.

**CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS**

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

**\*\*\* NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CORPOMEDICA

**MATRICULA :** 84956

**FECHA DE MATRICULA :** 20130719

**FECHA DE RENOVACION :** 20220328

**ULTIMO AÑO RENOVADO :** 2022

**DIRECCION :** CARRERA 14 12 105 BRR CENTRO

**BARRIO :** CENTRO

**MUNICIPIO :** 18001 - FLORENCIA

**TELEFONO 1 :** 6084346447

**TELEFONO 2 :** 3183125651

**TELEFONO 3 :** 3183125651

**CORREO ELECTRONICO :** corpomedicaips@gmail.com

**ACTIVIDAD PRINCIPAL :** Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

**ACTIVIDAD SECUNDARIA :** Q8692 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO

**OTRAS ACTIVIDADES :** Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO

**VALOR DEL ESTABLECIMIENTO :** 12,486,850,817



**CAMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA PARA EL CAQUETA  
CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA CORPOMEDICA**

**Fecha expedición:** 2022/03/29 - 08:43:08 \*\*\*\* **Recibo No.** S001206374 \*\*\*\* **Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20220329-0008  
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS  
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2022.  
**CODIGO DE VERIFICACIÓN sdn8HDMkPp**

**INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MEDIANA EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$11,902,882,775

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIUU : Q8610

**IMPORTANTE**

LA PERSONA JURIDICA DE QUE TRATA ESTE CERTIFICADO SE ENCUENTRA SUJETA A LA INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS AUTORIDADES QUE EJERCEN ESTA FUNCION, POR LO TANTO DEBERA PRESENTAR ANTE LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE, EL CERTIFICADO DE REGISTRO RESPECTIVO, EXPEDIDO POR LA CAMARA DE COMERCIO, DENTRO DE LOS 10 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA FECHA DE INSCRIPCION, MAS EL TERMINO DE LA DISTANCIA CUANDO EL DOMICILIO DE LA PERSONA JURIDICA SIN ANIMO DE LUCRO QUE SE REGISTRA ES DIFERENTE AL DE LA CAMARA DE COMERCIO QUE LE CORRESPONDE. EN EL CASO DE REFORMAS ESTATUTARIAS ADEMAS SE ALLEGARA COPIA DE LOS ESTATUTOS.TODA AUTORIZACION, PERMISO, LICENCIA O RECONOCIMIENTO DE CARACTER OFICIAL, SE TRAMITARA CON POSTERIORIDAD A LA INSCRIPCION DE LAS PERSONAS JURIDICAS SIN ANIMO DE LUCRO EN LA RESPECTIVA CAMARA DE COMERCIO

**CERTIFICA**

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

**CERTIFICA**

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : \$6,500

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

**IMPORTANTE:** La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA PARA EL CAQUETA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace <https://siiiflorencia.confecamaras.co/cv.php> seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación sdn8HDMkPp

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



*Cámara de Comercio  
de Florencia  
para el Caquetá*

**CAMARA DE COMERCIO DE FLORENCIA PARA EL CAQUETA  
CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA CORPOMEDICA**

**Fecha expedición:** 2022/03/29 - 08:43:08 \*\*\*\* **Recibo No.** S001206374 \*\*\*\* **Num. Operación.** 99-USUPUBXX-20220329-0008  
LA INSCRIPCIÓN PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS  
RENUOVE SU INSCRIPCIÓN A MÁS TARDAR EL 31 DE MARZO DE 2022.  
**CODIGO DE VERIFICACIÓN sdn8HDMkPp**

---

**JESSY MILENA JARA MARTINEZ**

---

**\*\*\* FINAL DEL CERTIFICADO \*\*\***

---

**CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE  
SERVICIOS DE SALUD.**

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ.  
DIRECCIÓN PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.  
DIRECTOR.

**HACE CONSTAR**

Que el prestador de servicios de salud CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA, en su sede de prestador CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA del municipio de FLORENCIA - departamento de CAQUETÁ, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAQUETÁ y se considera habilitado para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción con los siguientes datos generales:

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.**

Código y Nombre del Prestador:		1800107001 - CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA			
NI:Nit / CC:Cédula	NI:828000073	Nombre o razón social:		CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA	
Fecha de inscripción:	2006/10/27	Fecha de vencimiento:	2017/01/30	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Prestación de Servicios:	
Empresa Social del Estado:	NO	Carácter Territorial de la Entidad:		Acreditado:	NO
Representante Legal:	DAGOBERTO GIRALDO ALZATE			Dirección administrativa:	CARRERA 9 NO.8-77
Telefono:	4358489	Fax:	4358489	Email:	gerencia_corpomedica@hotmail.com
Municipio:	FLORENCIA		Departamento:	CAQUETÁ	

**SEDE PRINCIPAL.**

Código y Nombre Sede Principal:		180010700101 - CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA			
Dirección:	CARRERA 9 NO. 8-77			Barrio:	EL PRADO
Telefono:	4358575	Fax:	4358575	Email:	
Gerente:	DAGOBERTO GIRALDO ALZATE			Fecha de Apertura:	2006/10/27
Municipio:	FLORENCIA		Departamento:	CAQUETÁ	

**SEDE.**

Código y Nombre Sede:		180010700102 - CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA			
Dirección:	CARRERA 14 NO. 12-105			Barrio:	CENTRO
Telefono:	4346447	Fax:	4348503	Email:	corpomedicaips@gmail.com
Gerente:	DAGOBERTO GIRALDO ALZATE			Fecha de Apertura:	2008/06/13

Municipio:	FLORENCIA	Departamento:	CAQUETÁ
------------	-----------	---------------	---------

SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAAMDD)	DISTINTIVO
INTERNACIÓN	101	GENERAL ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100343
INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100344
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100345
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100346
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20121022	DHS100347
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100348
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100349
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100350
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100351
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100352
QUIRÚRGICOS	233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20120124	DHS100353
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100354
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTERICIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20150428	DHS257635
URGENCIAS	501	SERVICIO DE URGENCIAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100356
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLINICO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100357
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100358
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140120	DHS100359
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	713	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20100609	DHS100360
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20100609	DHS100361
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080613	DHS100362
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20100609	DHS100363

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

**CONVENCIONES:**

AMB: Intramural Ambulatorio

HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil

DOMI: Extramural Domiciliario

OTRA: Extramural Otras

CR: Telemedicina Centro Referencia

IR: Telemedicina Institución Remisora

BAJA: Complejidad Baja

MEDI: Complejidad Media

ALTA: Complejidad Alta

**CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.**

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CAMAS	PEDIÁTRICA	6
CAMAS	ADULTOS	10
CAMAS	OBSTETRICIA	0
SALAS	QUIRÓFANO	2
SALAS	PARTOS	0
SALAS	PROCEDIMIENTOS	0

**DETALLE AMBULANCIAS.**

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión de los Formularios de Inscripción y novedades diligenciados por el prestador CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 1011 de 2006 y la Resoluciones: 01043 de 2006, 2680 de 2007, 3763 de 2007, 1998 de 2010 y 2003 de 2014; así como las implicaciones del incumplimiento de las condiciones declaradas.

Dada el día miércoles 20 de enero de 2016 (7:30 a. m.).

  
EDGAR ADRIAN HITSCHERICH POLANCO.  
DIRECTOR.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Elaborado por el usuario del ente territorial: 18000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 18000REPS

Versión 1.0.

Fecha de impresión: miércoles 20 de enero de 2016 (7:30 a. m.).

Señor:  
**JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**  
E. S. D.

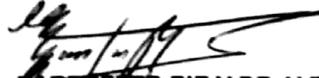
**REF: PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EXTRA CONTRACTUAL**  
**DTE: JORGE ELIECER ROJAS HERNANDEZ. DDOS: CORPOMEDICA IPS Y OTROS.**  
**RAD: 1800131030022019-0047900**

**DAGOBERTO GIRALDO ALZATE**, persona mayor de edad, vecina y residente en ésta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No. 16'208.472 expedida en Cartago (Valle), obrando en nombre y representación de **CORPOMEDICA DEL CAQUETA**, al Señor Juez, en forma respetuosa, me permito manifestar que confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor **ABDON ROJAS CLAROS**, abogado titulado e inscrito con la T.P. 13.226 del C. S. de la J., identificado con la cédula de ciudadanía No. 10'522.041 de Popayán (Cauca), para que en nombre y representación de la entidad que represento asuma la defensa de la misma dentro del proceso a que hace alusión la referencia.

Este poder confiere las facultades propias del mandato judicial en especial para recibir, transigir, conciliar, desistir, sustituir y reasumir; para que se notifique del auto admisorio de la demanda y en general para actuar en primera y segunda instancia y en todo cuanto considere necesario y que esté encaminado al cabal cumplimiento del poder otorgado.

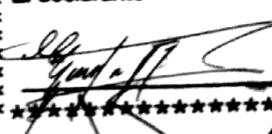
Sírvase reconocer personería dentro de los términos y para los fines en que está conferido el presente poder.

Del Señor Juez. Atentamente,

  
**DAGOBERTO GIRALDO ALZATE**  
C.C. No. 16'208.472 de Cartago (Valle)

ACEPTO:

  
**ABDON ROJAS CLAROS**  
T.P. No. 13.226 del C. S. de la J.  
C.C. No. 10'522.041 de Popayán (Cauca)

\*\*\*\*\*  
\* DILIGENCIA DE PRESENTACION PERSONAL \*  
\* RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO Y FIRMA \*  
\* En la Notaria Segunda del Circulo de Florencia-Cauquetá \*  
\* Comparecío: Dagoberto Giraldo Alzate \*  
\* Quien exhibió la C.C. 16'208472 \*  
\* Expedida en Cartago y declaró que la firma \*  
\* y huella que aparecen en el presente documento \*  
\* son suyas y que el contenido del mismo es cierto. \*  
\* \*  
\* 19 ABR 2022 \*  
\* El declarante: ... \*  
\*  \*  
\* \*  
\*\*\*\*\*



Señor:

**JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO**

**E. S. D.**

**REF: PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DE JORGE ELIECER ROJAS HERNANDEZ Y OTROS VS CORPOMEDICA OTROS. RAD: 18001310300220190047900.**

**ABDON ROJAS CLAROS**, Abogado titulado e inscrito con la T.P. No. 13.226 del C. S. de la J., identificado con la cédula de ciudadanía No. **10'522.041** de Popayán (Cauca), actuando en nombre y representación de la entidad demandada denominada "**CORPOMEDICA I.P.S.**", por medio del presente escrito, dentro del término de ley y de conformidad con lo reglado por el **art. 96 del C. G. del P.**, procedo a contestar la demanda presentada que se ha hecho frente a **CORPOMEDICA IPS**, y lo hacemos, así:

1.- **DE QUIENES ACTUAN COMO DEMANDANTES:** Frente a este aparte hay que referenciar que es un enlistamiento que hace la parte actora en la que se incluyen personas que no acreditan su interés para actuar conforme a derecho tal como se indicará en oportunidad procesal pertinente.

2.- **DE QUIENES ACTUAN COMO DEMANDADOS:** No nos merecen reparo.

3.- **FRENTE A LOS HECHOS REFERENCIADOS EN LA DEMANDA:**

**A LOS HECHOS PRIMERO A NOVENO:** No nos constan por contener referentes que atañen a circunstancias que no fueron constatadas por **CORPOMEDICA IPS** y respecto a las cuales no se aporta por los demandantes elemento probatorio alguno que los acredite. Por tal razón, **la demandante debe acreditar lo afirmado en éstos hechos y si éstos interesan al proceso.**

**AL HECHO DÉCIMO:** No le consta a **CORPOMEDICA** la afirmación respecto al presunto desplazamiento que dizque hizo el lesionado en un taxi hasta las instalaciones ésta IPS. Y en cuanto hace a la llegada y condiciones médicas que ofreció el usuario al momento de su atención nos remitimos a cuanto aparece consignado y documentado en la historia clínica aportada por la actora. Que se pruebe lo contrario.

**AL HECHO DECIMO PRIMERO:** No es cierto. Y para ello remitimos de manera respetuosa al juzgado a cuanto consigna el historial clínico del hoy obitado **ROJAS PALLARES** al momento de ingresar a la entidad prestadora de salud para la fecha de los hechos ya que éste documento resalta los signos y síntomas ofrecidos por éste al momento de su valoración. Y no es cierto que no se le hubieren prestado los servicios médicos requeridos a su patología. Que se pruebe lo contrario.

**A LOS HECHOS DECIMO SEGUNDO Y DECIMO TERCERO:** No nos constan. Toda vez que los demandantes no presentan prueba alguna de la que se pueda deducir cuanto se afirma en estos. Que se prueben y si interesan al proceso.

**A LOS HECHOS DECIMO CUARTO:** No es cierto. El señor **ROJAS PALLARES** fue atendido conforme a los signos que presentaba y dentro de los términos razonables que demanda el actuar médico y así está consignado en el historial clínico de atención que fuera aportado por la demandante. Los otros aspectos referenciados en éste hecho son desconocidos por **CORPOMEDICA**, ya que los demandantes no presentan elemento probatorio alguno que les sirva de soporte. Que se pruebe lo contrario.

**AL HECHO DECIMO QUINTO:** No nos consta lo afirmado en éste hecho ya que el extremo demandante no presenta ningún referente probatorio que permita soportar cuanto se indica respecto a las manifestaciones del médico **CARLOS ANDRES NUÑEZ CHAVARRO**. Que se pruebe lo contrario.

**AL HECHO DECIMO SEXTO:** No es cierto y en cuanto hace a las afirmaciones de no habersele proporcionado al señor **ROJAS PALLARES**, “**los primeros auxilios o los protocolos de atención para pacientes con heridas de arma blanca en toraco - abdominal -**”, ya que la historia clínica a la cual remitimos respetuosamente al juzgado consigna todo lo contrario. Que se pruebe lo afirmado por el demandante.

**AL HECHO DECIMO SEPTIMO:** Es cierto lo relativo a la remisión urgente que se hizo a la **CLINICA MEDILASER S.A.**, pero no lo es que existió demora imputable a **CORPOMEDICA**. Que se pruebe lo contrario.

**AL HECHO DECIMO OCTAVO:** No es cierto. En efecto **CORPOMEDICA** como clínica de primer nivel y de acuerdo a los protocolos de Minsalud y de la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá, **no estaba obligada a tener ambulancias para traslado de pacientes, para el año 2016**. Que se pruebe lo contrario.

**AL HECHO DECIMO NOVENO:** No es cierto. En efecto, si se lee la historia clínica aportada por los demandantes se deduce que el señor **ROJAS PALLARES**, fue atendido por **CORPOMEDICA** de acuerdo a los protocolos existentes para la patología que ofrecía al momento de su valoración en la IPS que represento. Luego, su manejo clínico se ajustó a los cánones médicos reclamados por los aludidos protocolos y por ello, previa estabilización se ordenó su traslado oportuno a un centro de mayor complejidad en salud. Que se pruebe lo contrario.

**AL HECHO VIGESIMO:** No es un hecho, es una consideración muy particular del extremo demandante y cuya calificación es del resorte exclusivo del señor juez de instancia. Que se pruebe lo contrario.

**AL HECHO VIGESIMO PRIMERO:** No es un hecho es una apreciación subjetiva del extremo demandante el cual deberá ser probado al interior de la actuación. Que se pruebe lo contrario.

**AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO:** Es cierto lo relativo a la diligencia de conciliación preprocesal agotada con resultado fallido.

#### **AL ACAPITE PRETENSIONES CONTENIDOS EN LA DEMANDA:**

Nos permitimos desde ya manifestar que nos oponemos al reconocimiento y declaración de todas y cada una de las pretensiones de la parte demandante por cuanto en nuestro sentir, no existe la responsabilidad patrimonial en los términos que predica aquella, y por ello, la demanda presentada contra **CORPOMEDICA** no comporta responsabilidad en su contra, tal como se probará con la prueba que dentro de la investigación se recogerá y teniendo como base, además, reiterados conceptos del Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil-.

Por ello, y ante la inexistencia de responsabilidad patrimonial en cabeza de **CORPOMEDICA IPS**, salvo mejor criterio, no hay lugar a la emisión de condena alguna contra esta **IPS** y por ende al reconocimiento de perjuicios en la forma y términos resaltados por la parte demandante.

Como corolario de lo expresado, reiteramos, y de ahí la oposición a lo reclamado, que **CORPOMEDICA IPS**, a través de sus galenos no violentó la lex artis médica en las concretas atenciones ofrecidas al hoy fallecido **JHON JAIME ROJAS PALLARES** y si tenemos de presente lo documentado en la historia clínica aportada por el extremo demandante.

Nótese al efecto, que incluso la parte actora hace un enlistamiento y reclamo de perjuicios inmateriales bajo los rubros de perjuicios morales; de alteración de las condiciones de existencia o daño a la vida de relación, así como también de daño en la salud en las modalidades de daño fisiológico y psicológico, desconociendo que tales ítems ya han sido replanteados no solo por el Consejo de Estado sino por la justicia civil bajo un solo referente y en el evento de establecerse

previamente una responsabilidad en cabeza de la parte demandada. Y esto será tema de presentación en fase de alegatos.

Como corolario de lo dicho, absuélvase a **CORPOMEDICA** y condénese en costas y perjuicios a la parte demandante.

#### **A LA RELACION DE LOS MEDIOS PROBATORIOS ENUNCIADOS EN LA DEMANDA:**

- a. **A LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS:** Corresponde al Señor Juez, determinar la pertinencia y conducencia de las documentales allegadas y a ello nos atenemos.
- b. **A LA DECLARACION DE PARTE E INTERROGATORIO DE PARTE SOLICITADO:** No nos oponemos a su decreto y si el señor Juez, lo considera pertinente y conducente para resolver el caso sometido a estudio.
- c. **RESPECTO AL DICTAMEN PERICIAL APORTADO:** Para los fines y efectos señalados en el **artículo 228 del C. G. del P.**, me permito requerir al señor Juez, que se cite al perito a la respectiva audiencia ya que es interés nuestro interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad con relación al contenido de la pericia emitida. En tal acto procesal expresaremos cuáles son las inquietudes que desde el punto de vista médico nos asisten ya que consideramos que hay varios aspectos que son susceptibles de aclaración por parte del dictaminante.

#### **AL CONCEPTO DE LA VIOLACION Y NORMAS VIOLADAS:**

Estos referentes presentados por el apoderado del extremo demandante hacen cita básicamente a transcripciones parciales de pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado, Corte Constitucional, et, etc, que no interesan para nada frente al particular caso que es objeto de demanda y en cuanto tiene que ver con el actuar médico concreto de la persona jurídica que represento.

En consecuencia, no nos pronunciaremos sobre ello por cuanto para nada interesa al extremo demandado que represento, hacerlo en ésta fase procesal.

#### **AL JURAMENTO ESTIMATORIO Y SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL PRINCIPIO IURA NOVI CURIA:**

Son referentes que deben ser calificados por el señor Juez de instancia y a ello nos atenemos.

#### **A LOS APARTES COMPETENCIA, OPORTUNIDAD, ANEXOS Y NOTIFICACIONES:**

Son referentes de procedibilidad que no nos merecen reparo.

#### **Contestada la demanda en los anteriores términos, procedo a proponer las siguientes excepciones de mérito:**

Hemos dicho que hay una oposición total con relación a las **PRETENSIONES** de la demanda que nos ocupa porque no existe referente médico alguno que establezca que **CORPOMEDICA** incurrió en

culpa galénica derivada de la atención médica que se prestó a la hoy fallecido señor **JHON JAIME ROJAS PALLARES**, , motivo por el cual, se ha dicho que ésta **IPS** no es responsable del fallecimiento del precitado usuario.

De ahí, que incluso la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, haya planteado que para que pueda surgir responsabilidad por acto médico, se debe establecer ineludiblemente la existencia de un actuar culposo o negligente imputable al personal médico que atendió al usuario.

Y lo anterior se infiere por cuanto la declaratoria de responsabilidad por el servicio médico deben enmarcarse siempre, **en el régimen subjetivo de responsabilidad**, esto es, **el régimen de la falla del servicio** donde predomina el **elemento culpa**. Y, además, por cuanto la falla demanda básicamente, tres elementos fundamentales: **i.- EL DAÑO ANTIJURIDICO. ii.- LA FALLA DEL SERVICIO PROPIAMENTE DICHO**, esto es, la comprobación de deficiencias, o ya bien por qué no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada, y **iii.- UNA RELACION DE CAUSALIDAD ENTRE ESTOS DOS ELEMENTOS**, es decir, **la comprobación de que el daño, para el presente caso, la muerte del usuario, se produjo como consecuencia de la falla del servicio prestado**. Y esto no se da en el presente caso.

#### **A. PRIMERA EXCEPCION: "FALTA DE RELACION CAUSAL":**

En efecto, con fundamento a los hechos replicados al momento de contestar la demanda, se puede sostener que no es fácil afirmar ni probar que el daño antijurídico presentado por el deceso del señor **JHON JAIME ROJAS PALLARES**, ocurrido **a las 11:30 p.m. del día 18 de junio 2016**, sea imputable a **CORPOMEDICA IPS**.

Y lo decimos porque si se lee la historia clínica se encontrará que las conductas realizadas por **CORPOMEDICA** hasta el momento de haber sido trasladado el usuario fallecido a la Clínica **MEDILASER**, fue totalmente diligente, perita y oportuna y fue acorde con lo determinado por la *lex artis* médica frente a las precisas patologías que ofreció al momento de sus atenciones y valoraciones médicas.

Por tanto, **no existe relación causal entre la atención brindada al hoy fallecido y el daño antijurídico que se proclama, porque de la sola lectura de los hechos consignados en la demanda en donde jamás se dijo por el extremo demandante cuáles son los actos médicos censurables frente a CORPOMEDICA y teniendo en cuenta además, la propia historia clínica que aporta, es de concluir, que no existe relación causal que comporte responsabilidad patrimonial en la forma reclamada por el demandante.**

Resaltamos, que incluso de conformidad a los planteamientos referidos en la demanda y que encuentran soporte en la historia clínica del paciente, la causa del fallecimiento del usuario corresponde a unas situaciones patológicas presentadas en razón de la naturaleza de las heridas causadas por su agresor. Entonces, las conductas médicas efectuadas en la **IPS** que represento, fueron acordes a *lex artis* médica, pudiéndose afirmar asimismo, que el deceso es secuencial a un

riesgo inherente dado el ataque vitando del cual fue objeto y que no fueron superadas pese al establecimiento de conductas terapéuticas realizadas.

Y al no poderse probar la relación causal entre la acción o la omisión y el daño producido con cita al actuar de la entidad que represento a través de sus funcionarios, se debe concluir, la no existencia de culpabilidad en los términos demandados por el actor, máxime aún y como ya se advirtió, los protocolos médicos que regían para la época de los hechos fueron cumplidos en su totalidad por ésta entidad que represento.

#### **B.- SEGUNDA EXCEPCIÓN: AUSENCIA DE FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.**

Fundamentamos ésta excepción en la procedibilidad médica agotada por **CORPOMEDICA** a través de sus funcionarios médicos.

En efecto, con fundamento en la sola lectura de la historia clínica aportada por la demandante, se concluye de manera palmaria que dada la sintomatología que presentaba el usuario al requerir la prestación del servicio de salud, se le atendió con idoneidad y diligencia de acuerdo a su patología.

Por esa razón, el diagnóstico, la medicación, la remisión y los demás exámenes autorizados, fueron los idóneos para tal tipo de sintomatología. Por ello, se debe concluir que ésta - **CORPOMEDICA** - actuó con diligencia y cuidado a través de todas las personas e instancias que tuvieron que ver con su valoración y tratamiento.

Por ello, no puede inferirse responsabilidad en cabeza de la persona jurídica que represento, teniendo como referencia, la consideración muy particular, de la parte actora, con relación a la presunta culpabilidad culposa que a título de negligencia imputa en cabeza de la demandada.

Considérese, además, que bajo ningún punto de vista se puede aceptar para calificar culpabilidad en cabeza de **CORPOMEDICA IPS**, que haya existido demora en remitir al paciente a un centro asistencial de mayor complejidad soportado en la afirmación de **la ausencia de ambulancia**, la que según la parte actora **era obligatorio para la Clínica, tener, porque dizque según certificado de habilitación expedido por la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá, para poder funcionar, esto se requería. Sin embargo, no allega prueba en que conste tal afirmación. Luego no es veraz lo sostenido por los demandantes y por ello allegamos constancia expedida por la Secretaría de Salud Departamental, de la que se deduce que en ninguna parte consta que era obligatorio para poder operar, tener el servicio de ambulancia resaltado.**

Por el contrario, por ser **CORPOMEDICA IPS** una entidad de servicios de salud en primer nivel, la prestación de éste servicio de ambulancia para el traslado de pacientes a entidades de salud de mayor complejidad, **era de competencia exclusiva de la EPS a la cual estuviera afiliado el señor PALLARES ROJAS y para la fecha en que fue atendido. Y correspondía a la EPS no solo autorizar sino prestar, el servicio de traslado a través de los medios que fueran propios para cumplir tal función, incluidos dentro de éstos, el servicio de ambulancia.**

A pesar de lo anterior, el médico tratante y sus auxiliares, así como el personal administrativo de **CORPOMEDICA**, agotaron todos los recursos humanamente posibles para obtener de la **EPS** no solo la autorización sino la puesta en disposición de la respectiva ambulancia para agotar el traslado. **Pero lo anterior no fue posible ya que para la época no se logró conseguir ni siquiera a través del servicio de las Fuerzas Militares - Brigada, Batallón - que se prestara éste servicio porque tampoco lo tenía, máxime aun, cuando se trataba de un paciente adscrito a las fuerzas militares.**

**C. TERCERA EXCEPCION: CUALQUIERA OTRA QUE RESULTE PROBADA Y QUE LA LEY PERMITA SU DECLARATORIA DE OFICIO.**

Con base en las pruebas documentales y testimoniales a recibir, solicito al despacho, que prevaleciendo del principio **IURA NOVI CURIA, aplicable igualmente en materia civil**, haga uso de la facultad de determinar con fundamento en la ley qué otra excepción puede ser de recibo en el caso subexámine y que pueda ser declarada de oficio para que con base en ella, se concluya, que no existe responsabilidad en cabeza de las persona jurídica que represento.

Para probar **LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS** y como consecuencia de ello, la no existencia de responsabilidad en cabeza de mi poderdante, me permito solicitar se decrete la práctica de las siguientes pruebas, **las que tendrán como objeto desvirtuar los hechos señalados por el actor al presentar demanda contra mi poderdante y determinar así, la no existencia de la responsabilidad que imputa.**

**PRUEBAS APORTADAS POR CORPOMEDICA:**

**DOCUMENTAL:**

1.- Téngase como prueba la documental que fuera aportada por el actor al momento de presentar la respectiva demanda y en especial la historia clínica allegada.

**2.-** El certificado de existencia y representación legal de **CORPOMEDICA IPS** en (7) folios.

3.- El poder conferido para actuar.

4.- En tres (3) folios constancia de habilitación el registro especial de prestadores de servicio de salud de la Secretaría Departamental del Caquetá, en la que se hace constar que para el **2016, CORPOMEDICA IPS** era una entidad prestadora de servicios de primer nivel y no tenía habilitado el servicio de ambulancia ya que no se le exigía como elemento esencial para poder operar respecto a su capacidad instalada.

### **TESTIFICAL:**

Fijese fecha y hora para que, los doctores **FERNANDO ESCOBAR CASTAÑEDA y MONICA ANDREA FUENTES**, personas mayores de edad, vecinas y residentes en la ciudad de Florencia, quienes pueden ser notificados por nuestro conducto, (en la **KRA 9 No. 9- 83 barrio El Prado** de ésta ciudad) y/o en **CORPOMEDICA IPS**, , absuelvan el interrogatorio que en forma oral les estará presentado y para probar la no existencia de responsabilidad en cabeza de mi representada, así como para controvertir las afirmaciones presentadas por la parte actora en su demanda con relación a los actos médicos realizados y para soportar cuanto se afirmó al momento de contestar la demanda.

Con éstos testimonios, ya que se trata de personas que atendieron al hoy obitado, se pretende establecer igualmente todos y cada uno de los pormenores que se dieron en la fase de atención al usuario y del estado y condiciones en que éste asistió a solicitar atención médica por parte de la I.P.S. que represento.

Y respecto del Dr. **FERNANDO ESCOBAR CASTAÑEDA**, se requiere su testimonio ya que éste fue el especialista en cirugía quien tuvo el encargo de analizar el caso bajo el punto de vista médico de su especialidad para determinar el proceder médico agotado por el galeno que atendió al usuario y decidir si existía o no fallas médicas que pudieran soportar una conciliación de naturaleza preprocesal.

### **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Señálese día y hora para que los señores **JORGE ELIECER ROJAS HERNANDEZ, DIANA MILENA SALGADO SALAZAR, ALIX SALOME ROJAS SALGADO, SERGIO DAVID LOMELING SALGADO, LEILA ROJAS PALLARES, MARTHA CECILIA ROJAS PAYARES, GENER JESUS ROJAS PAYARES, ALFONSO ELIECER GARCIA ROJAS, ANYI DANIELA GARCIA ROJAS, GENER JOHAN ROJAS ARDILA, WENDY LORENA ROJAS ARDILA, DARIO ANDRES PORTILLO ROJAS, NAIRA SHANNEN VIRUET ROJAS Y NIDIA SALAZAR SANTOFIMIO**, personas mayores de edad, vecinas y residentes en la ciudad de Florencia, quienes pueden ser notificadas por conducto de su apoderado en la **Calle 16 No. 6-28 Barrio 7 de agosto** de Florencia, absuelvan el **INTERROGATORIO DE PARTE**, que en forma oral les estará presentando y con el objeto de probar todas y cada una de las afirmaciones que he dejado consignadas al momento de contestar la demanda y de manera especial, la no existencia de responsabilidad medica por parte de la I.P.S. que represento con cita a la atención brindada al señor **JHON JAIME ROJAS PALLARES - Q.E.P.D. -**.

Tal interrogatorio se solicita igualmente frente al médico **CARLOS ANDRES NUÑEZ CHAVARRO**, quien figura igualmente como demandado y quien fuera la persona que atendiera para el día de los hechos al hoy fallecido **ROJAS PALLARES**, persona mayor de edad, vecina y residente en Florencia Caquetá, quien puede ser notificado en la **KRA 9 No. 9-83** de ésta ciudad .

## PARTES PROCESALES - NOTIFICACIONES Y DIRECCIONES

El suscrito en la calle 14 No. 12-15 Tercer Piso Bancolombia en ésta ciudad, oficinas 302 y 303,  
correo electrónico \_\_\_\_\_, cel: 3103345864.

La entidad demandada **CORPOMEDICA** en la **KRA 9 No. 9-83** de ésta ciudad, correo electrónico:  
corpomedicaigs@gmail.com

Los demás sujetos procesales en las direcciones que constan dentro del proceso, advirtiéndolo desde  
ya que los demandantes pueden ser notificados por conducto de su apoderado.

El doctor **CARLOS ANDRES NUÑEZ CHAVARRO**, correo electrónico: carlos\_andres\_6@hotmail.com  
Celular: 310557749

El doctor **FERNANDO ESCOBAR CASTAÑEDA**, correo electrónico: fernandoescobar1964@hotmail.com, celular:  
3134155512

La auxiliar **MONICA ANDREA FUENTES**, correo electrónico: andrea.192@hotmail.com; Celular:  
3124156072

Manifiesto igualmente, que éstos correos fueron suministrados directamente por los aludidos  
doctores y el de los demandantes aparecen consignados en la demanda.

Del Señor Juez, Atentamente,

  
**ABDON ROJAS CLARDOS**

T.P. No. 13.226 del C. S. de la J.  
C.C. No. 107522.041 de Popayán (Cauca).  
abdonrojascla@hotmail.com

Florencia, abril 20 del 2022



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
1996-07-08	1996-07-08	1	42,94	5.000.000,00	5.000.000,00	4.896,30	5.004.896,30	0,00	4.896,30	5.004.896,30	0,00	0,00	0,00
1996-07-09	1996-07-31	23	42,94	0,00	5.000.000,00	112.614,83	5.112.614,83	0,00	117.511,12	5.117.511,12	0,00	0,00	0,00
1996-08-01	1996-08-31	31	42,94	0,00	5.000.000,00	151.785,20	5.151.785,20	0,00	269.296,33	5.269.296,33	0,00	0,00	0,00
1996-09-01	1996-09-30	30	42,29	0,00	5.000.000,00	145.014,04	5.145.014,04	0,00	414.310,37	5.414.310,37	0,00	0,00	0,00
1996-10-01	1996-10-31	31	42,29	0,00	5.000.000,00	149.847,84	5.149.847,84	0,00	564.158,21	5.564.158,21	0,00	0,00	0,00
1996-11-01	1996-11-30	30	41,37	0,00	5.000.000,00	142.345,74	5.142.345,74	0,00	706.503,95	5.706.503,95	0,00	0,00	0,00
1996-12-01	1996-12-31	31	41,37	0,00	5.000.000,00	147.090,59	5.147.090,59	0,00	853.594,54	5.853.594,54	0,00	0,00	0,00
1997-01-01	1997-01-31	31	39,77	0,00	5.000.000,00	142.252,48	5.142.252,48	0,00	995.847,03	5.995.847,03	0,00	0,00	0,00
1997-02-01	1997-02-28	28	39,77	0,00	5.000.000,00	128.486,11	5.128.486,11	0,00	1.124.333,14	6.124.333,14	0,00	0,00	0,00
1997-03-01	1997-03-31	31	38,95	0,00	5.000.000,00	139.751,50	5.139.751,50	0,00	1.264.084,64	6.264.084,64	0,00	0,00	0,00
1997-04-01	1997-04-30	30	38,95	0,00	5.000.000,00	135.243,39	5.135.243,39	0,00	1.399.328,02	6.399.328,02	0,00	0,00	0,00
1997-05-01	1997-05-31	31	36,99	0,00	5.000.000,00	133.713,40	5.133.713,40	0,00	1.533.041,42	6.533.041,42	0,00	0,00	0,00
1997-06-01	1997-06-30	30	36,99	0,00	5.000.000,00	129.400,06	5.129.400,06	0,00	1.662.441,48	6.662.441,48	0,00	0,00	0,00
1997-07-01	1997-07-31	31	36,50	0,00	5.000.000,00	132.190,41	5.132.190,41	0,00	1.794.631,89	6.794.631,89	0,00	0,00	0,00
1997-08-01	1997-08-31	31	36,50	0,00	5.000.000,00	132.190,41	5.132.190,41	0,00	1.926.822,30	6.926.822,30	0,00	0,00	0,00
1997-09-01	1997-09-30	30	31,84	0,00	5.000.000,00	113.639,83	5.113.639,83	0,00	2.040.462,12	7.040.462,12	0,00	0,00	0,00
1997-10-01	1997-10-31	31	31,33	0,00	5.000.000,00	115.780,68	5.115.780,68	0,00	2.156.242,81	7.156.242,81	0,00	0,00	0,00
1997-11-01	1997-11-30	30	31,47	0,00	5.000.000,00	112.484,00	5.112.484,00	0,00	2.268.726,81	7.268.726,81	0,00	0,00	0,00
1997-12-01	1997-12-31	31	31,74	0,00	5.000.000,00	117.105,35	5.117.105,35	0,00	2.385.832,16	7.385.832,16	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
1998-01-01	1998-01-31	31	31,69	0,00	5.000.000,00	116.944,03	5.116.944,03	0,00	2.502.776,19	7.502.776,19	0,00	0,00	0,00
1998-02-01	1998-02-28	28	32,56	0,00	5.000.000,00	108.154,43	5.108.154,43	0,00	2.610.930,62	7.610.930,62	0,00	0,00	0,00
1998-03-01	1998-03-31	31	32,15	0,00	5.000.000,00	118.425,92	5.118.425,92	0,00	2.729.356,54	7.729.356,54	0,00	0,00	0,00
1998-04-01	1998-04-30	30	36,28	0,00	5.000.000,00	127.262,75	5.127.262,75	0,00	2.856.619,29	7.856.619,29	0,00	0,00	0,00
1998-05-01	1998-05-31	31	38,39	0,00	5.000.000,00	138.035,04	5.138.035,04	0,00	2.994.654,33	7.994.654,33	0,00	0,00	0,00
1998-06-01	1998-06-30	30	39,51	0,00	5.000.000,00	136.897,81	5.136.897,81	0,00	3.131.552,14	8.131.552,14	0,00	0,00	0,00
1998-07-01	1998-07-31	31	47,83	0,00	5.000.000,00	166.084,48	5.166.084,48	0,00	3.297.636,62	8.297.636,62	0,00	0,00	0,00
1998-08-01	1998-08-31	31	48,41	0,00	5.000.000,00	167.749,12	5.167.749,12	0,00	3.465.385,75	8.465.385,75	0,00	0,00	0,00
1998-09-01	1998-09-30	30	43,20	0,00	5.000.000,00	147.636,47	5.147.636,47	0,00	3.613.022,22	8.613.022,22	0,00	0,00	0,00
1998-10-01	1998-10-31	31	46,00	0,00	5.000.000,00	160.789,22	5.160.789,22	0,00	3.773.811,44	8.773.811,44	0,00	0,00	0,00
1998-11-01	1998-11-30	30	49,99	0,00	5.000.000,00	166.694,65	5.166.694,65	0,00	3.940.506,10	8.940.506,10	0,00	0,00	0,00
1998-12-01	1998-12-31	31	47,71	0,00	5.000.000,00	165.739,26	5.165.739,26	0,00	4.106.245,36	9.106.245,36	0,00	0,00	0,00
1999-01-01	1999-01-31	31	45,49	0,00	5.000.000,00	159.301,70	5.159.301,70	0,00	4.265.547,06	9.265.547,06	0,00	0,00	0,00
1999-02-01	1999-02-28	28	42,39	0,00	5.000.000,00	135.616,17	5.135.616,17	0,00	4.401.163,22	9.401.163,22	0,00	0,00	0,00
1999-03-01	1999-03-14	14	40,99	0,00	5.000.000,00	65.911,33	5.065.911,33	0,00	4.467.074,55	9.467.074,55	0,00	0,00	0,00
1999-03-15	1999-03-31	17	39,76	0,00	5.000.000,00	77.992,75	5.077.992,75	0,00	4.545.067,30	9.545.067,30	0,00	0,00	0,00
1999-04-01	1999-04-30	30	33,57	0,00	5.000.000,00	119.001,49	5.119.001,49	0,00	4.664.068,79	9.664.068,79	0,00	0,00	0,00
1999-05-01	1999-05-31	31	31,14	0,00	5.000.000,00	115.165,41	5.115.165,41	0,00	4.779.234,20	9.779.234,20	0,00	0,00	0,00
1999-06-01	1999-06-30	30	27,46	0,00	5.000.000,00	99.745,10	5.099.745,10	0,00	4.878.979,30	9.878.979,30	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
1999-07-01	1999-07-31	31	24,22	0,00	5.000.000,00	92.128,79	5.092.128,79	0,00	4.971.108,09	9.971.108,09	0,00	0,00	0,00
1999-08-01	1999-08-31	31	26,25	0,00	5.000.000,00	99.016,69	5.099.016,69	0,00	5.070.124,78	10.070.124,78	0,00	0,00	0,00
1999-09-01	1999-09-30	30	26,01	0,00	5.000.000,00	95.040,13	5.095.040,13	0,00	5.165.164,91	10.165.164,91	0,00	0,00	0,00
1999-10-01	1999-10-31	31	26,96	0,00	5.000.000,00	101.399,71	5.101.399,71	0,00	5.266.564,62	10.266.564,62	0,00	0,00	0,00
1999-11-01	1999-11-30	30	25,70	0,00	5.000.000,00	94.027,24	5.094.027,24	0,00	5.360.591,86	10.360.591,86	0,00	0,00	0,00
1999-12-01	1999-12-31	31	24,22	0,00	5.000.000,00	92.128,79	5.092.128,79	0,00	5.452.720,65	10.452.720,65	0,00	0,00	0,00
2000-01-01	2000-01-31	31	22,40	0,00	5.000.000,00	85.857,33	5.085.857,33	0,00	5.538.577,98	10.538.577,98	0,00	0,00	0,00
2000-02-01	2000-02-29	29	19,46	0,00	5.000.000,00	70.654,61	5.070.654,61	0,00	5.609.232,59	10.609.232,59	0,00	0,00	0,00
2000-03-01	2000-03-31	31	17,45	0,00	5.000.000,00	68.318,04	5.068.318,04	0,00	5.677.550,63	10.677.550,63	0,00	0,00	0,00
2000-04-01	2000-04-30	30	17,87	0,00	5.000.000,00	67.581,85	5.067.581,85	0,00	5.745.132,48	10.745.132,48	0,00	0,00	0,00
2000-05-01	2000-05-31	31	17,90	0,00	5.000.000,00	69.942,70	5.069.942,70	0,00	5.815.075,18	10.815.075,18	0,00	0,00	0,00
2000-06-01	2000-06-30	30	19,77	0,00	5.000.000,00	74.156,56	5.074.156,56	0,00	5.889.231,75	10.889.231,75	0,00	0,00	0,00
2000-07-01	2000-07-31	31	19,44	0,00	5.000.000,00	75.456,21	5.075.456,21	0,00	5.964.687,96	10.964.687,96	0,00	0,00	0,00
2000-08-01	2000-08-31	31	19,92	0,00	5.000.000,00	77.160,22	5.077.160,22	0,00	6.041.848,18	11.041.848,18	0,00	0,00	0,00
2000-09-01	2000-09-30	30	22,93	0,00	5.000.000,00	84.864,37	5.084.864,37	0,00	6.126.712,55	11.126.712,55	0,00	0,00	0,00
2000-10-01	2000-10-31	31	23,08	0,00	5.000.000,00	88.211,33	5.088.211,33	0,00	6.214.923,87	11.214.923,87	0,00	0,00	0,00
2000-11-01	2000-11-30	30	23,80	0,00	5.000.000,00	87.764,23	5.087.764,23	0,00	6.302.688,10	11.302.688,10	0,00	0,00	0,00
2000-12-01	2000-12-31	31	23,69	0,00	5.000.000,00	90.312,00	5.090.312,00	0,00	6.393.000,10	11.393.000,10	0,00	0,00	0,00
2001-01-01	2001-01-31	31	24,16	0,00	5.000.000,00	91.923,51	5.091.923,51	0,00	6.484.923,61	11.484.923,61	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2001-02-01	2001-02-28	28	26,03	0,00	5.000.000,00	88.765,03	5.088.765,03	0,00	6.573.688,64	11.573.688,64	0,00	0,00	0,00
2001-03-01	2001-03-31	31	25,11	0,00	5.000.000,00	95.162,33	5.095.162,33	0,00	6.668.850,97	11.668.850,97	0,00	0,00	0,00
2001-04-01	2001-04-30	30	24,83	0,00	5.000.000,00	91.171,24	5.091.171,24	0,00	6.760.022,21	11.760.022,21	0,00	0,00	0,00
2001-05-01	2001-05-31	31	24,24	0,00	5.000.000,00	92.197,20	5.092.197,20	0,00	6.852.219,41	11.852.219,41	0,00	0,00	0,00
2001-06-01	2001-06-30	30	25,17	0,00	5.000.000,00	92.289,73	5.092.289,73	0,00	6.944.509,14	11.944.509,14	0,00	0,00	0,00
2001-07-01	2001-07-31	31	26,08	0,00	5.000.000,00	98.444,12	5.098.444,12	0,00	7.042.953,26	12.042.953,26	0,00	0,00	0,00
2001-08-01	2001-08-31	31	24,25	0,00	5.000.000,00	92.231,40	5.092.231,40	0,00	7.135.184,66	12.135.184,66	0,00	0,00	0,00
2001-09-01	2001-09-30	30	23,06	0,00	5.000.000,00	85.298,98	5.085.298,98	0,00	7.220.483,64	12.220.483,64	0,00	0,00	0,00
2001-10-01	2001-10-31	31	23,22	0,00	5.000.000,00	88.694,37	5.088.694,37	0,00	7.309.178,01	12.309.178,01	0,00	0,00	0,00
2001-11-01	2001-11-30	30	22,98	0,00	5.000.000,00	85.031,58	5.085.031,58	0,00	7.394.209,59	12.394.209,59	0,00	0,00	0,00
2001-12-01	2001-12-31	31	22,48	0,00	5.000.000,00	86.134,95	5.086.134,95	0,00	7.480.344,53	12.480.344,53	0,00	0,00	0,00
2002-01-01	2002-01-31	31	22,81	0,00	5.000.000,00	87.278,21	5.087.278,21	0,00	7.567.622,74	12.567.622,74	0,00	0,00	0,00
2002-02-01	2002-02-28	28	22,35	0,00	5.000.000,00	77.391,75	5.077.391,75	0,00	7.645.014,49	12.645.014,49	0,00	0,00	0,00
2002-03-01	2002-03-31	31	20,97	0,00	5.000.000,00	80.864,16	5.080.864,16	0,00	7.725.878,65	12.725.878,65	0,00	0,00	0,00
2002-04-01	2002-04-30	30	21,03	0,00	5.000.000,00	78.459,52	5.078.459,52	0,00	7.804.338,17	12.804.338,17	0,00	0,00	0,00
2002-05-01	2002-05-31	31	20,00	0,00	5.000.000,00	77.443,56	5.077.443,56	0,00	7.881.781,74	12.881.781,74	0,00	0,00	0,00
2002-06-01	2002-06-30	30	19,96	0,00	5.000.000,00	74.808,31	5.074.808,31	0,00	7.956.590,04	12.956.590,04	0,00	0,00	0,00
2002-07-01	2002-07-31	31	19,77	0,00	5.000.000,00	76.628,45	5.076.628,45	0,00	8.033.218,49	13.033.218,49	0,00	0,00	0,00
2002-08-01	2002-08-31	31	20,01	0,00	5.000.000,00	77.478,97	5.077.478,97	0,00	8.110.697,46	13.110.697,46	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2002-09-01	2002-09-30	30	20,18	0,00	5.000.000,00	75.561,67	5.075.561,67	0,00	8.186.259,13	13.186.259,13	0,00	0,00	0,00
2002-10-01	2002-10-31	31	20,30	0,00	5.000.000,00	78.504,42	5.078.504,42	0,00	8.264.763,55	13.264.763,55	0,00	0,00	0,00
2002-11-01	2002-11-30	30	19,76	0,00	5.000.000,00	74.122,23	5.074.122,23	0,00	8.338.885,78	13.338.885,78	0,00	0,00	0,00
2002-12-01	2002-12-31	31	19,69	0,00	5.000.000,00	76.344,57	5.076.344,57	0,00	8.415.230,35	13.415.230,35	0,00	0,00	0,00
2003-01-01	2003-01-31	31	19,64	0,00	5.000.000,00	76.167,04	5.076.167,04	0,00	8.491.397,39	13.491.397,39	0,00	0,00	0,00
2003-02-01	2003-02-28	28	19,78	0,00	5.000.000,00	69.244,83	5.069.244,83	0,00	8.560.642,22	13.560.642,22	0,00	0,00	0,00
2003-03-01	2003-03-31	31	19,49	0,00	5.000.000,00	75.634,03	5.075.634,03	0,00	8.636.276,25	13.636.276,25	0,00	0,00	0,00
2003-04-01	2003-04-30	30	19,81	0,00	5.000.000,00	74.293,86	5.074.293,86	0,00	8.710.570,11	13.710.570,11	0,00	0,00	0,00
2003-05-01	2003-05-31	31	19,89	0,00	5.000.000,00	77.053,92	5.077.053,92	0,00	8.787.624,03	13.787.624,03	0,00	0,00	0,00
2003-06-01	2003-06-30	30	19,20	0,00	5.000.000,00	72.195,14	5.072.195,14	0,00	8.859.819,17	13.859.819,17	0,00	0,00	0,00
2003-07-01	2003-07-31	31	19,44	0,00	5.000.000,00	75.456,21	5.075.456,21	0,00	8.935.275,38	13.935.275,38	0,00	0,00	0,00
2003-08-01	2003-08-31	31	19,88	0,00	5.000.000,00	77.018,48	5.077.018,48	0,00	9.012.293,86	14.012.293,86	0,00	0,00	0,00
2003-09-01	2003-09-30	30	20,12	0,00	5.000.000,00	75.356,34	5.075.356,34	0,00	9.087.650,20	14.087.650,20	0,00	0,00	0,00
2003-10-01	2003-10-31	31	20,04	0,00	5.000.000,00	77.585,16	5.077.585,16	0,00	9.165.235,37	14.165.235,37	0,00	0,00	0,00
2003-11-01	2003-11-30	30	19,87	0,00	5.000.000,00	74.499,71	5.074.499,71	0,00	9.239.735,08	14.239.735,08	0,00	0,00	0,00
2003-12-01	2003-12-31	31	19,81	0,00	5.000.000,00	76.770,32	5.076.770,32	0,00	9.316.505,40	14.316.505,40	0,00	0,00	0,00
2004-01-01	2004-01-31	31	19,67	0,00	5.000.000,00	76.273,57	5.076.273,57	0,00	9.392.778,97	14.392.778,97	0,00	0,00	0,00
2004-02-01	2004-02-29	29	19,74	0,00	5.000.000,00	71.585,11	5.071.585,11	0,00	9.464.364,08	14.464.364,08	0,00	0,00	0,00
2004-03-01	2004-03-31	31	19,80	0,00	5.000.000,00	76.734,86	5.076.734,86	0,00	9.541.098,94	14.541.098,94	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2004-04-01	2004-04-30	30	19,78	0,00	5.000.000,00	74.190,89	5.074.190,89	0,00	9.615.289,83	14.615.289,83	0,00	0,00	0,00
2004-05-01	2004-05-31	31	19,71	0,00	5.000.000,00	76.415,56	5.076.415,56	0,00	9.691.705,38	14.691.705,38	0,00	0,00	0,00
2004-06-01	2004-06-30	30	19,67	0,00	5.000.000,00	73.813,13	5.073.813,13	0,00	9.765.518,51	14.765.518,51	0,00	0,00	0,00
2004-07-01	2004-07-31	31	19,44	0,00	5.000.000,00	75.456,21	5.075.456,21	0,00	9.840.974,72	14.840.974,72	0,00	0,00	0,00
2004-08-01	2004-08-31	31	19,28	0,00	5.000.000,00	74.886,69	5.074.886,69	0,00	9.915.861,41	14.915.861,41	0,00	0,00	0,00
2004-09-01	2004-09-30	30	19,50	0,00	5.000.000,00	73.228,63	5.073.228,63	0,00	9.989.090,04	14.989.090,04	0,00	0,00	0,00
2004-10-01	2004-10-31	31	19,09	0,00	5.000.000,00	74.209,39	5.074.209,39	0,00	10.063.299,43	15.063.299,43	0,00	0,00	0,00
2004-11-01	2004-11-30	30	19,59	0,00	5.000.000,00	73.538,17	5.073.538,17	0,00	10.136.837,60	15.136.837,60	0,00	0,00	0,00
2004-12-01	2004-12-31	31	19,49	0,00	5.000.000,00	75.634,03	5.075.634,03	0,00	10.212.471,63	15.212.471,63	0,00	0,00	0,00
2005-01-01	2005-01-31	31	19,45	0,00	5.000.000,00	75.491,78	5.075.491,78	0,00	10.287.963,41	15.287.963,41	0,00	0,00	0,00
2005-02-01	2005-02-28	28	19,40	0,00	5.000.000,00	68.025,46	5.068.025,46	0,00	10.355.988,87	15.355.988,87	0,00	0,00	0,00
2005-03-01	2005-03-31	31	19,15	0,00	5.000.000,00	74.423,39	5.074.423,39	0,00	10.430.412,26	15.430.412,26	0,00	0,00	0,00
2005-04-01	2005-04-30	30	19,19	0,00	5.000.000,00	72.160,64	5.072.160,64	0,00	10.502.572,90	15.502.572,90	0,00	0,00	0,00
2005-05-01	2005-05-31	31	19,02	0,00	5.000.000,00	73.959,59	5.073.959,59	0,00	10.576.532,49	15.576.532,49	0,00	0,00	0,00
2005-06-01	2005-06-30	30	18,85	0,00	5.000.000,00	70.986,11	5.070.986,11	0,00	10.647.518,60	15.647.518,60	0,00	0,00	0,00
2005-07-01	2005-07-31	31	18,50	0,00	5.000.000,00	72.099,31	5.072.099,31	0,00	10.719.617,91	15.719.617,91	0,00	0,00	0,00
2005-08-01	2005-08-31	31	18,24	0,00	5.000.000,00	71.166,12	5.071.166,12	0,00	10.790.784,03	15.790.784,03	0,00	0,00	0,00
2005-09-01	2005-09-30	30	18,22	0,00	5.000.000,00	68.800,89	5.068.800,89	0,00	10.859.584,92	15.859.584,92	0,00	0,00	0,00
2005-10-01	2005-10-31	31	17,93	0,00	5.000.000,00	70.050,79	5.070.050,79	0,00	10.929.635,71	15.929.635,71	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2005-11-01	2005-11-30	30	17,81	0,00	5.000.000,00	67.372,51	5.067.372,51	0,00	10.997.008,22	15.997.008,22	0,00	0,00	0,00
2005-12-01	2005-12-31	31	17,49	0,00	5.000.000,00	68.462,71	5.068.462,71	0,00	11.065.470,92	16.065.470,92	0,00	0,00	0,00
2006-01-01	2006-01-31	31	17,35	0,00	5.000.000,00	67.956,16	5.067.956,16	0,00	11.133.427,09	16.133.427,09	0,00	0,00	0,00
2006-02-01	2006-02-28	28	17,51	0,00	5.000.000,00	61.902,60	5.061.902,60	0,00	11.195.329,69	16.195.329,69	0,00	0,00	0,00
2006-03-01	2006-03-31	31	17,25	0,00	5.000.000,00	67.593,98	5.067.593,98	0,00	11.262.923,67	16.262.923,67	0,00	0,00	0,00
2006-04-01	2006-04-30	30	16,75	0,00	5.000.000,00	63.656,54	5.063.656,54	0,00	11.326.580,20	16.326.580,20	0,00	0,00	0,00
2006-05-01	2006-05-31	31	16,07	0,00	5.000.000,00	63.296,78	5.063.296,78	0,00	11.389.876,98	16.389.876,98	0,00	0,00	0,00
2006-06-01	2006-06-30	30	15,61	0,00	5.000.000,00	59.622,37	5.059.622,37	0,00	11.449.499,35	16.449.499,35	0,00	0,00	0,00
2006-07-01	2006-07-31	31	15,08	0,00	5.000.000,00	59.657,75	5.059.657,75	0,00	11.509.157,10	16.509.157,10	0,00	0,00	0,00
2006-08-01	2006-08-31	31	15,02	0,00	5.000.000,00	59.436,20	5.059.436,20	0,00	11.568.593,30	16.568.593,30	0,00	0,00	0,00
2006-09-01	2006-09-30	30	15,05	0,00	5.000.000,00	57.626,12	5.057.626,12	0,00	11.626.219,42	16.626.219,42	0,00	0,00	0,00
2006-10-01	2006-10-31	31	15,07	0,00	5.000.000,00	59.620,83	5.059.620,83	0,00	11.685.840,25	16.685.840,25	0,00	0,00	0,00
2006-11-01	2006-11-30	30	15,07	0,00	5.000.000,00	57.697,58	5.057.697,58	0,00	11.743.537,83	16.743.537,83	0,00	0,00	0,00
2006-12-01	2006-12-31	31	15,07	0,00	5.000.000,00	59.620,83	5.059.620,83	0,00	11.803.158,67	16.803.158,67	0,00	0,00	0,00
2007-01-01	2007-01-04	4	20,68	0,00	5.000.000,00	10.302,50	5.010.302,50	0,00	11.813.461,17	16.813.461,17	0,00	0,00	0,00
2007-01-05	2007-01-31	27	13,83	0,00	5.000.000,00	47.919,05	5.047.919,05	0,00	11.861.380,22	16.861.380,22	0,00	0,00	0,00
2007-02-01	2007-02-28	28	13,83	0,00	5.000.000,00	49.693,83	5.049.693,83	0,00	11.911.074,05	16.911.074,05	0,00	0,00	0,00
2007-03-01	2007-03-31	31	13,83	0,00	5.000.000,00	55.018,17	5.055.018,17	0,00	11.966.092,21	16.966.092,21	0,00	0,00	0,00
2007-04-01	2007-04-30	30	16,75	0,00	5.000.000,00	63.656,54	5.063.656,54	0,00	12.029.748,75	17.029.748,75	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2007-05-01	2007-05-31	31	16,75	0,00	5.000.000,00	65.778,42	5.065.778,42	0,00	12.095.527,17	17.095.527,17	0,00	0,00	0,00
2007-06-01	2007-06-30	30	16,75	0,00	5.000.000,00	63.656,54	5.063.656,54	0,00	12.159.183,70	17.159.183,70	0,00	0,00	0,00
2007-07-01	2007-07-31	31	19,01	0,00	5.000.000,00	73.923,89	5.073.923,89	0,00	12.233.107,59	17.233.107,59	0,00	0,00	0,00
2007-08-01	2007-08-31	31	19,01	0,00	5.000.000,00	73.923,89	5.073.923,89	0,00	12.307.031,48	17.307.031,48	0,00	0,00	0,00
2007-09-01	2007-09-30	30	19,01	0,00	5.000.000,00	71.539,25	5.071.539,25	0,00	12.378.570,73	17.378.570,73	0,00	0,00	0,00
2007-10-01	2007-10-31	31	21,26	0,00	5.000.000,00	81.881,50	5.081.881,50	0,00	12.460.452,23	17.460.452,23	0,00	0,00	0,00
2007-11-01	2007-11-30	30	21,26	0,00	5.000.000,00	79.240,16	5.079.240,16	0,00	12.539.692,39	17.539.692,39	0,00	0,00	0,00
2007-12-01	2007-12-31	31	21,26	0,00	5.000.000,00	81.881,50	5.081.881,50	0,00	12.621.573,89	17.621.573,89	0,00	0,00	0,00
2008-01-01	2008-01-31	31	21,83	0,00	5.000.000,00	83.874,05	5.083.874,05	0,00	12.705.447,94	17.705.447,94	0,00	0,00	0,00
2008-02-01	2008-02-29	29	21,83	0,00	5.000.000,00	78.462,82	5.078.462,82	0,00	12.783.910,76	17.783.910,76	0,00	0,00	0,00
2008-03-01	2008-03-31	31	21,83	0,00	5.000.000,00	83.874,05	5.083.874,05	0,00	12.867.784,82	17.867.784,82	0,00	0,00	0,00
2008-04-01	2008-04-30	30	21,92	0,00	5.000.000,00	81.472,08	5.081.472,08	0,00	12.949.256,89	17.949.256,89	0,00	0,00	0,00
2008-05-01	2008-05-31	31	21,92	0,00	5.000.000,00	84.187,81	5.084.187,81	0,00	13.033.444,71	18.033.444,71	0,00	0,00	0,00
2008-06-01	2008-06-30	30	21,92	0,00	5.000.000,00	81.472,08	5.081.472,08	0,00	13.114.916,79	18.114.916,79	0,00	0,00	0,00
2008-07-01	2008-07-31	31	21,51	0,00	5.000.000,00	82.756,57	5.082.756,57	0,00	13.197.673,36	18.197.673,36	0,00	0,00	0,00
2008-08-01	2008-08-31	31	21,51	0,00	5.000.000,00	82.756,57	5.082.756,57	0,00	13.280.429,94	18.280.429,94	0,00	0,00	0,00
2008-09-01	2008-09-30	30	21,51	0,00	5.000.000,00	80.087,01	5.080.087,01	0,00	13.360.516,94	18.360.516,94	0,00	0,00	0,00
2008-10-01	2008-10-31	31	21,02	0,00	5.000.000,00	81.039,74	5.081.039,74	0,00	13.441.556,68	18.441.556,68	0,00	0,00	0,00
2008-11-01	2008-11-30	30	21,02	0,00	5.000.000,00	78.425,55	5.078.425,55	0,00	13.519.982,23	18.519.982,23	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2008-12-01	2008-12-31	31	21,02	0,00	5.000.000,00	81.039,74	5.081.039,74	0,00	13.601.021,96	18.601.021,96	0,00	0,00	0,00
2009-01-01	2009-01-31	31	20,47	0,00	5.000.000,00	79.104,39	5.079.104,39	0,00	13.680.126,36	18.680.126,36	0,00	0,00	0,00
2009-02-01	2009-02-28	28	20,47	0,00	5.000.000,00	71.449,13	5.071.449,13	0,00	13.751.575,49	18.751.575,49	0,00	0,00	0,00
2009-03-01	2009-03-31	31	20,47	0,00	5.000.000,00	79.104,39	5.079.104,39	0,00	13.830.679,88	18.830.679,88	0,00	0,00	0,00
2009-04-01	2009-04-30	30	20,28	0,00	5.000.000,00	75.903,65	5.075.903,65	0,00	13.906.583,54	18.906.583,54	0,00	0,00	0,00
2009-05-01	2009-05-31	31	20,28	0,00	5.000.000,00	78.433,77	5.078.433,77	0,00	13.985.017,31	18.985.017,31	0,00	0,00	0,00
2009-06-01	2009-06-30	30	20,28	0,00	5.000.000,00	75.903,65	5.075.903,65	0,00	14.060.920,96	19.060.920,96	0,00	0,00	0,00
2009-07-01	2009-07-31	31	18,65	0,00	5.000.000,00	72.636,76	5.072.636,76	0,00	14.133.557,73	19.133.557,73	0,00	0,00	0,00
2009-08-01	2009-08-31	31	18,65	0,00	5.000.000,00	72.636,76	5.072.636,76	0,00	14.206.194,49	19.206.194,49	0,00	0,00	0,00
2009-09-01	2009-09-30	30	18,65	0,00	5.000.000,00	70.293,64	5.070.293,64	0,00	14.276.488,13	19.276.488,13	0,00	0,00	0,00
2009-10-01	2009-10-31	31	17,28	0,00	5.000.000,00	67.702,67	5.067.702,67	0,00	14.344.190,80	19.344.190,80	0,00	0,00	0,00
2009-11-01	2009-11-30	30	17,28	0,00	5.000.000,00	65.518,71	5.065.518,71	0,00	14.409.709,51	19.409.709,51	0,00	0,00	0,00
2009-12-01	2009-12-31	31	17,28	0,00	5.000.000,00	67.702,67	5.067.702,67	0,00	14.477.412,18	19.477.412,18	0,00	0,00	0,00
2010-01-01	2010-01-31	31	16,14	0,00	5.000.000,00	63.552,91	5.063.552,91	0,00	14.540.965,08	19.540.965,08	0,00	0,00	0,00
2010-02-01	2010-02-28	28	16,14	0,00	5.000.000,00	57.402,63	5.057.402,63	0,00	14.598.367,71	19.598.367,71	0,00	0,00	0,00
2010-03-01	2010-03-31	31	16,14	0,00	5.000.000,00	63.552,91	5.063.552,91	0,00	14.661.920,62	19.661.920,62	0,00	0,00	0,00
2010-04-01	2010-04-30	30	15,31	0,00	5.000.000,00	58.554,15	5.058.554,15	0,00	14.720.474,77	19.720.474,77	0,00	0,00	0,00
2010-05-01	2010-05-31	31	15,31	0,00	5.000.000,00	60.505,96	5.060.505,96	0,00	14.780.980,73	19.780.980,73	0,00	0,00	0,00
2010-06-01	2010-06-30	30	15,31	0,00	5.000.000,00	58.554,15	5.058.554,15	0,00	14.839.534,88	19.839.534,88	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2010-07-01	2010-07-31	31	14,94	0,00	5.000.000,00	59.140,62	5.059.140,62	0,00	14.898.675,50	19.898.675,50	0,00	0,00	0,00
2010-08-01	2010-08-31	31	14,94	0,00	5.000.000,00	59.140,62	5.059.140,62	0,00	14.957.816,13	19.957.816,13	0,00	0,00	0,00
2010-09-01	2010-09-30	30	14,94	0,00	5.000.000,00	57.232,86	5.057.232,86	0,00	15.015.048,99	20.015.048,99	0,00	0,00	0,00
2010-10-01	2010-10-31	31	14,21	0,00	5.000.000,00	56.433,95	5.056.433,95	0,00	15.071.482,94	20.071.482,94	0,00	0,00	0,00
2010-11-01	2010-11-30	30	14,21	0,00	5.000.000,00	54.613,50	5.054.613,50	0,00	15.126.096,45	20.126.096,45	0,00	0,00	0,00
2010-12-01	2010-12-31	31	14,21	0,00	5.000.000,00	56.433,95	5.056.433,95	0,00	15.182.530,40	20.182.530,40	0,00	0,00	0,00
2011-01-01	2011-01-31	31	15,61	0,00	5.000.000,00	61.609,78	5.061.609,78	0,00	15.244.140,18	20.244.140,18	0,00	0,00	0,00
2011-02-01	2011-02-28	28	15,61	0,00	5.000.000,00	55.647,54	5.055.647,54	0,00	15.299.787,72	20.299.787,72	0,00	0,00	0,00
2011-03-01	2011-03-31	31	15,61	0,00	5.000.000,00	61.609,78	5.061.609,78	0,00	15.361.397,51	20.361.397,51	0,00	0,00	0,00
2011-04-01	2011-04-30	30	17,69	0,00	5.000.000,00	66.953,51	5.066.953,51	0,00	15.428.351,02	20.428.351,02	0,00	0,00	0,00
2011-05-01	2011-05-31	31	17,69	0,00	5.000.000,00	69.185,30	5.069.185,30	0,00	15.497.536,31	20.497.536,31	0,00	0,00	0,00
2011-06-01	2011-06-30	30	17,69	0,00	5.000.000,00	66.953,51	5.066.953,51	0,00	15.564.489,83	20.564.489,83	0,00	0,00	0,00
2011-07-01	2011-07-31	31	18,63	0,00	5.000.000,00	72.565,14	5.072.565,14	0,00	15.637.054,97	20.637.054,97	0,00	0,00	0,00
2011-08-01	2011-08-31	31	18,63	0,00	5.000.000,00	72.565,14	5.072.565,14	0,00	15.709.620,11	20.709.620,11	0,00	0,00	0,00
2011-09-01	2011-09-30	30	18,63	0,00	5.000.000,00	70.224,33	5.070.224,33	0,00	15.779.844,44	20.779.844,44	0,00	0,00	0,00
2011-10-01	2011-10-31	31	19,39	0,00	5.000.000,00	75.278,32	5.075.278,32	0,00	15.855.122,76	20.855.122,76	0,00	0,00	0,00
2011-11-01	2011-11-30	30	19,39	0,00	5.000.000,00	72.849,98	5.072.849,98	0,00	15.927.972,74	20.927.972,74	0,00	0,00	0,00
2011-12-01	2011-12-31	31	19,39	0,00	5.000.000,00	75.278,32	5.075.278,32	0,00	16.003.251,06	21.003.251,06	0,00	0,00	0,00
2012-01-01	2012-01-31	31	19,92	0,00	5.000.000,00	77.160,22	5.077.160,22	0,00	16.080.411,28	21.080.411,28	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2012-02-01	2012-02-29	29	19,92	0,00	5.000.000,00	72.182,14	5.072.182,14	0,00	16.152.593,42	21.152.593,42	0,00	0,00	0,00
2012-03-01	2012-03-31	31	19,92	0,00	5.000.000,00	77.160,22	5.077.160,22	0,00	16.229.753,65	21.229.753,65	0,00	0,00	0,00
2012-04-01	2012-04-30	30	20,52	0,00	5.000.000,00	76.723,26	5.076.723,26	0,00	16.306.476,90	21.306.476,90	0,00	0,00	0,00
2012-05-01	2012-05-31	31	20,52	0,00	5.000.000,00	79.280,70	5.079.280,70	0,00	16.385.757,60	21.385.757,60	0,00	0,00	0,00
2012-06-01	2012-06-30	30	20,52	0,00	5.000.000,00	76.723,26	5.076.723,26	0,00	16.462.480,86	21.462.480,86	0,00	0,00	0,00
2012-07-01	2012-07-31	31	20,86	0,00	5.000.000,00	80.477,63	5.080.477,63	0,00	16.542.958,49	21.542.958,49	0,00	0,00	0,00
2012-08-01	2012-08-31	31	20,86	0,00	5.000.000,00	80.477,63	5.080.477,63	0,00	16.623.436,12	21.623.436,12	0,00	0,00	0,00
2012-09-01	2012-09-30	30	20,86	0,00	5.000.000,00	77.881,58	5.077.881,58	0,00	16.701.317,70	21.701.317,70	0,00	0,00	0,00
2012-10-01	2012-10-31	31	20,89	0,00	5.000.000,00	80.583,08	5.080.583,08	0,00	16.781.900,79	21.781.900,79	0,00	0,00	0,00
2012-11-01	2012-11-30	30	20,89	0,00	5.000.000,00	77.983,63	5.077.983,63	0,00	16.859.884,42	21.859.884,42	0,00	0,00	0,00
2012-12-01	2012-12-31	31	20,89	0,00	5.000.000,00	80.583,08	5.080.583,08	0,00	16.940.467,50	21.940.467,50	0,00	0,00	0,00
2013-01-01	2013-01-31	31	20,75	0,00	5.000.000,00	80.090,76	5.080.090,76	0,00	17.020.558,26	22.020.558,26	0,00	0,00	0,00
2013-02-01	2013-02-28	28	20,75	0,00	5.000.000,00	72.340,04	5.072.340,04	0,00	17.092.898,30	22.092.898,30	0,00	0,00	0,00
2013-03-01	2013-03-31	31	20,75	0,00	5.000.000,00	80.090,76	5.080.090,76	0,00	17.172.989,06	22.172.989,06	0,00	0,00	0,00
2013-04-01	2013-04-30	30	20,83	0,00	5.000.000,00	77.779,51	5.077.779,51	0,00	17.250.768,56	22.250.768,56	0,00	0,00	0,00
2013-05-01	2013-05-31	31	20,83	0,00	5.000.000,00	80.372,16	5.080.372,16	0,00	17.331.140,72	22.331.140,72	0,00	0,00	0,00
2013-06-01	2013-06-30	30	20,83	0,00	5.000.000,00	77.779,51	5.077.779,51	0,00	17.408.920,23	22.408.920,23	0,00	0,00	0,00
2013-07-01	2013-07-31	31	20,34	0,00	5.000.000,00	78.645,66	5.078.645,66	0,00	17.487.565,89	22.487.565,89	0,00	0,00	0,00
2013-08-01	2013-08-31	31	20,34	0,00	5.000.000,00	78.645,66	5.078.645,66	0,00	17.566.211,55	22.566.211,55	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2013-09-01	2013-09-30	30	20,34	0,00	5.000.000,00	76.108,71	5.076.108,71	0,00	17.642.320,26	22.642.320,26	0,00	0,00	0,00
2013-10-01	2013-10-31	31	19,85	0,00	5.000.000,00	76.912,14	5.076.912,14	0,00	17.719.232,40	22.719.232,40	0,00	0,00	0,00
2013-11-01	2013-11-30	30	19,85	0,00	5.000.000,00	74.431,11	5.074.431,11	0,00	17.793.663,51	22.793.663,51	0,00	0,00	0,00
2013-12-01	2013-12-31	31	19,85	0,00	5.000.000,00	76.912,14	5.076.912,14	0,00	17.870.575,65	22.870.575,65	0,00	0,00	0,00
2014-01-01	2014-01-31	31	19,65	0,00	5.000.000,00	76.202,55	5.076.202,55	0,00	17.946.778,21	22.946.778,21	0,00	0,00	0,00
2014-02-01	2014-02-28	28	19,65	0,00	5.000.000,00	68.828,11	5.068.828,11	0,00	18.015.606,32	23.015.606,32	0,00	0,00	0,00
2014-03-01	2014-03-31	31	19,65	0,00	5.000.000,00	76.202,55	5.076.202,55	0,00	18.091.808,88	23.091.808,88	0,00	0,00	0,00
2014-04-01	2014-04-30	30	19,63	0,00	5.000.000,00	73.675,67	5.073.675,67	0,00	18.165.484,55	23.165.484,55	0,00	0,00	0,00
2014-05-01	2014-05-31	31	19,63	0,00	5.000.000,00	76.131,53	5.076.131,53	0,00	18.241.616,08	23.241.616,08	0,00	0,00	0,00
2014-06-01	2014-06-30	30	19,63	0,00	5.000.000,00	73.675,67	5.073.675,67	0,00	18.315.291,75	23.315.291,75	0,00	0,00	0,00
2014-07-01	2014-07-31	31	19,33	0,00	5.000.000,00	75.064,75	5.075.064,75	0,00	18.390.356,50	23.390.356,50	0,00	0,00	0,00
2014-08-01	2014-08-31	31	19,33	0,00	5.000.000,00	75.064,75	5.075.064,75	0,00	18.465.421,24	23.465.421,24	0,00	0,00	0,00
2014-09-01	2014-09-30	30	19,33	0,00	5.000.000,00	72.643,30	5.072.643,30	0,00	18.538.064,55	23.538.064,55	0,00	0,00	0,00
2014-10-01	2014-10-31	31	19,17	0,00	5.000.000,00	74.494,70	5.074.494,70	0,00	18.612.559,24	23.612.559,24	0,00	0,00	0,00
2014-11-01	2014-11-30	30	19,17	0,00	5.000.000,00	72.091,64	5.072.091,64	0,00	18.684.650,89	23.684.650,89	0,00	0,00	0,00
2014-12-01	2014-12-31	31	19,17	0,00	5.000.000,00	74.494,70	5.074.494,70	0,00	18.759.145,59	23.759.145,59	0,00	0,00	0,00
2015-01-01	2015-01-31	31	19,21	0,00	5.000.000,00	74.637,28	5.074.637,28	0,00	18.833.782,87	23.833.782,87	0,00	0,00	0,00
2015-02-01	2015-02-28	28	19,21	0,00	5.000.000,00	67.414,32	5.067.414,32	0,00	18.901.197,19	23.901.197,19	0,00	0,00	0,00
2015-03-01	2015-03-31	31	19,21	0,00	5.000.000,00	74.637,28	5.074.637,28	0,00	18.975.834,47	23.975.834,47	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2015-04-01	2015-04-30	30	19,37	0,00	5.000.000,00	72.781,10	5.072.781,10	0,00	19.048.615,57	24.048.615,57	0,00	0,00	0,00
2015-05-01	2015-05-31	31	19,37	0,00	5.000.000,00	75.207,14	5.075.207,14	0,00	19.123.822,71	24.123.822,71	0,00	0,00	0,00
2015-06-01	2015-06-30	30	19,37	0,00	5.000.000,00	72.781,10	5.072.781,10	0,00	19.196.603,81	24.196.603,81	0,00	0,00	0,00
2015-07-01	2015-07-31	31	19,26	0,00	5.000.000,00	74.815,44	5.074.815,44	0,00	19.271.419,25	24.271.419,25	0,00	0,00	0,00
2015-08-01	2015-08-31	31	19,26	0,00	5.000.000,00	74.815,44	5.074.815,44	0,00	19.346.234,70	24.346.234,70	0,00	0,00	0,00
2015-09-01	2015-09-30	30	19,26	0,00	5.000.000,00	72.402,04	5.072.402,04	0,00	19.418.636,74	24.418.636,74	0,00	0,00	0,00
2015-10-01	2015-10-31	31	19,33	0,00	5.000.000,00	75.064,75	5.075.064,75	0,00	19.493.701,48	24.493.701,48	0,00	0,00	0,00
2015-11-01	2015-11-30	30	19,33	0,00	5.000.000,00	72.643,30	5.072.643,30	0,00	19.566.344,79	24.566.344,79	0,00	0,00	0,00
2015-12-01	2015-12-31	31	19,33	0,00	5.000.000,00	75.064,75	5.075.064,75	0,00	19.641.409,53	24.641.409,53	0,00	0,00	0,00
2016-01-01	2016-01-31	31	19,68	0,00	5.000.000,00	76.309,07	5.076.309,07	0,00	19.717.718,60	24.717.718,60	0,00	0,00	0,00
2016-02-01	2016-02-29	29	19,68	0,00	5.000.000,00	71.385,90	5.071.385,90	0,00	19.789.104,50	24.789.104,50	0,00	0,00	0,00
2016-03-01	2016-03-31	31	19,68	0,00	5.000.000,00	76.309,07	5.076.309,07	0,00	19.865.413,57	24.865.413,57	0,00	0,00	0,00
2016-04-01	2016-04-30	30	20,54	0,00	5.000.000,00	76.791,48	5.076.791,48	0,00	19.942.205,05	24.942.205,05	0,00	0,00	0,00
2016-05-01	2016-05-31	31	20,54	0,00	5.000.000,00	79.351,20	5.079.351,20	0,00	20.021.556,25	25.021.556,25	0,00	0,00	0,00
2016-06-01	2016-06-30	30	20,54	0,00	5.000.000,00	76.791,48	5.076.791,48	0,00	20.098.347,74	25.098.347,74	0,00	0,00	0,00
2016-07-01	2016-07-31	31	21,34	0,00	5.000.000,00	82.161,72	5.082.161,72	0,00	20.180.509,46	25.180.509,46	0,00	0,00	0,00
2016-08-01	2016-08-31	31	21,34	0,00	5.000.000,00	82.161,72	5.082.161,72	0,00	20.262.671,18	25.262.671,18	0,00	0,00	0,00
2016-09-01	2016-09-30	30	21,34	0,00	5.000.000,00	79.511,34	5.079.511,34	0,00	20.342.182,52	25.342.182,52	0,00	0,00	0,00
2016-10-01	2016-10-31	31	21,99	0,00	5.000.000,00	84.431,69	5.084.431,69	0,00	20.426.614,21	25.426.614,21	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))-1}$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2016-11-01	2016-11-30	30	21,99	0,00	5.000.000,00	81.708,09	5.081.708,09	0,00	20.508.322,30	25.508.322,30	0,00	0,00	0,00
2016-12-01	2016-12-31	31	21,99	0,00	5.000.000,00	84.431,69	5.084.431,69	0,00	20.592.753,99	25.592.753,99	0,00	0,00	0,00
2017-01-01	2017-01-31	31	22,34	0,00	5.000.000,00	85.649,00	5.085.649,00	0,00	20.678.402,99	25.678.402,99	0,00	0,00	0,00
2017-02-01	2017-02-28	28	22,34	0,00	5.000.000,00	77.360,38	5.077.360,38	0,00	20.755.763,37	25.755.763,37	0,00	0,00	0,00
2017-03-01	2017-03-31	31	22,34	0,00	5.000.000,00	85.649,00	5.085.649,00	0,00	20.841.412,37	25.841.412,37	0,00	0,00	0,00
2017-04-01	2017-04-30	30	22,33	0,00	5.000.000,00	82.852,51	5.082.852,51	0,00	20.924.264,88	25.924.264,88	0,00	0,00	0,00
2017-05-01	2017-05-31	31	22,33	0,00	5.000.000,00	85.614,26	5.085.614,26	0,00	21.009.879,15	26.009.879,15	0,00	0,00	0,00
2017-06-01	2017-06-30	30	22,33	0,00	5.000.000,00	82.852,51	5.082.852,51	0,00	21.092.731,66	26.092.731,66	0,00	0,00	0,00
2017-07-01	2017-07-31	31	21,98	0,00	5.000.000,00	84.396,86	5.084.396,86	0,00	21.177.128,52	26.177.128,52	0,00	0,00	0,00
2017-08-01	2017-08-31	31	21,98	0,00	5.000.000,00	84.396,86	5.084.396,86	0,00	21.261.525,39	26.261.525,39	0,00	0,00	0,00
2017-09-01	2017-09-30	30	21,98	0,00	5.000.000,00	81.674,38	5.081.674,38	0,00	21.343.199,77	26.343.199,77	0,00	0,00	0,00
2017-10-01	2017-10-31	31	21,15	0,00	5.000.000,00	81.495,90	5.081.495,90	0,00	21.424.695,67	26.424.695,67	0,00	0,00	0,00
2017-11-01	2017-11-30	30	20,96	0,00	5.000.000,00	78.221,65	5.078.221,65	0,00	21.502.917,31	26.502.917,31	0,00	0,00	0,00
2017-12-01	2017-12-31	31	20,77	0,00	5.000.000,00	80.161,12	5.080.161,12	0,00	21.583.078,44	26.583.078,44	0,00	0,00	0,00
2018-01-01	2018-01-31	31	20,69	0,00	5.000.000,00	79.879,59	5.079.879,59	0,00	21.662.958,02	26.662.958,02	0,00	0,00	0,00
2018-02-01	2018-02-28	28	21,01	0,00	5.000.000,00	73.165,47	5.073.165,47	0,00	21.736.123,49	26.736.123,49	0,00	0,00	0,00
2018-03-01	2018-03-31	31	20,68	0,00	5.000.000,00	79.844,38	5.079.844,38	0,00	21.815.967,87	26.815.967,87	0,00	0,00	0,00
2018-04-01	2018-04-30	30	20,48	0,00	5.000.000,00	76.586,77	5.076.586,77	0,00	21.892.554,64	26.892.554,64	0,00	0,00	0,00
2018-05-01	2018-05-31	31	20,44	0,00	5.000.000,00	78.998,58	5.078.998,58	0,00	21.971.553,22	26.971.553,22	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2018-06-01	2018-06-30	30	20,28	0,00	5.000.000,00	75.903,65	5.075.903,65	0,00	22.047.456,87	27.047.456,87	0,00	0,00	0,00
2018-07-01	2018-07-31	31	20,03	0,00	5.000.000,00	77.549,77	5.077.549,77	0,00	22.125.006,64	27.125.006,64	0,00	0,00	0,00
2018-08-01	2018-08-31	31	19,94	0,00	5.000.000,00	77.231,08	5.077.231,08	0,00	22.202.237,71	27.202.237,71	0,00	0,00	0,00
2018-09-01	2018-09-30	30	19,81	0,00	5.000.000,00	74.293,86	5.074.293,86	0,00	22.276.531,57	27.276.531,57	0,00	0,00	0,00
2018-10-01	2018-10-31	31	19,63	0,00	5.000.000,00	76.131,53	5.076.131,53	0,00	22.352.663,10	27.352.663,10	0,00	0,00	0,00
2018-11-01	2018-11-30	30	19,49	0,00	5.000.000,00	73.194,22	5.073.194,22	0,00	22.425.857,32	27.425.857,32	0,00	0,00	0,00
2018-12-01	2018-12-31	31	19,40	0,00	5.000.000,00	75.313,90	5.075.313,90	0,00	22.501.171,23	27.501.171,23	0,00	0,00	0,00
2019-01-01	2019-01-31	31	19,16	0,00	5.000.000,00	74.459,05	5.074.459,05	0,00	22.575.630,27	27.575.630,27	0,00	0,00	0,00
2019-02-01	2019-02-28	28	19,70	0,00	5.000.000,00	68.988,44	5.068.988,44	0,00	22.644.618,71	27.644.618,71	0,00	0,00	0,00
2019-03-01	2019-03-31	31	19,37	0,00	5.000.000,00	75.207,14	5.075.207,14	0,00	22.719.825,85	27.719.825,85	0,00	0,00	0,00
2019-04-01	2019-04-30	30	19,32	0,00	5.000.000,00	72.608,84	5.072.608,84	0,00	22.792.434,70	27.792.434,70	0,00	0,00	0,00
2019-05-01	2019-05-31	31	19,34	0,00	5.000.000,00	75.100,35	5.075.100,35	0,00	22.867.535,04	27.867.535,04	0,00	0,00	0,00
2019-06-01	2019-06-30	30	19,30	0,00	5.000.000,00	72.539,92	5.072.539,92	0,00	22.940.074,97	27.940.074,97	0,00	0,00	0,00
2019-07-01	2019-07-31	31	19,28	0,00	5.000.000,00	74.886,69	5.074.886,69	0,00	23.014.961,65	28.014.961,65	0,00	0,00	0,00
2019-08-01	2019-08-31	31	19,32	0,00	5.000.000,00	75.029,14	5.075.029,14	0,00	23.089.990,79	28.089.990,79	0,00	0,00	0,00
2019-09-01	2019-09-30	30	19,32	0,00	5.000.000,00	72.608,84	5.072.608,84	0,00	23.162.599,64	28.162.599,64	0,00	0,00	0,00
2019-10-01	2019-10-31	31	19,10	0,00	5.000.000,00	74.245,06	5.074.245,06	0,00	23.236.844,70	28.236.844,70	0,00	0,00	0,00
2019-11-01	2019-11-30	30	19,03	0,00	5.000.000,00	71.608,34	5.071.608,34	0,00	23.308.453,04	28.308.453,04	0,00	0,00	0,00
2019-12-01	2019-12-31	31	18,91	0,00	5.000.000,00	73.566,74	5.073.566,74	0,00	23.382.019,78	28.382.019,78	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2020-01-01	2020-01-31	31	18,77	0,00	5.000.000,00	73.066,24	5.073.066,24	0,00	23.455.086,02	28.455.086,02	0,00	0,00	0,00
2020-02-01	2020-02-29	29	19,06	0,00	5.000.000,00	69.321,55	5.069.321,55	0,00	23.524.407,57	28.524.407,57	0,00	0,00	0,00
2020-03-01	2020-03-31	31	18,95	0,00	5.000.000,00	73.709,64	5.073.709,64	0,00	23.598.117,21	28.598.117,21	0,00	0,00	0,00
2020-04-01	2020-04-30	30	18,69	0,00	5.000.000,00	70.432,23	5.070.432,23	0,00	23.668.549,44	28.668.549,44	0,00	0,00	0,00
2020-05-01	2020-05-31	31	18,19	0,00	5.000.000,00	70.986,42	5.070.986,42	0,00	23.739.535,86	28.739.535,86	0,00	0,00	0,00
2020-06-01	2020-06-30	30	18,12	0,00	5.000.000,00	68.452,96	5.068.452,96	0,00	23.807.988,82	28.807.988,82	0,00	0,00	0,00
2020-07-01	2020-07-31	31	18,12	0,00	5.000.000,00	70.734,72	5.070.734,72	0,00	23.878.723,55	28.878.723,55	0,00	0,00	0,00
2020-08-01	2020-08-31	31	18,29	0,00	5.000.000,00	71.345,74	5.071.345,74	0,00	23.950.069,29	28.950.069,29	0,00	0,00	0,00
2020-09-01	2020-09-30	30	18,35	0,00	5.000.000,00	69.252,76	5.069.252,76	0,00	24.019.322,04	29.019.322,04	0,00	0,00	0,00
2020-10-01	2020-10-31	31	18,09	0,00	5.000.000,00	70.626,81	5.070.626,81	0,00	24.089.948,85	29.089.948,85	0,00	0,00	0,00
2020-11-01	2020-11-30	30	17,84	0,00	5.000.000,00	67.477,19	5.067.477,19	0,00	24.157.426,04	29.157.426,04	0,00	0,00	0,00
2020-12-01	2020-12-31	31	17,46	0,00	5.000.000,00	68.354,21	5.068.354,21	0,00	24.225.780,26	29.225.780,26	0,00	0,00	0,00
2021-01-01	2021-01-31	31	17,32	0,00	5.000.000,00	67.847,54	5.067.847,54	0,00	24.293.627,80	29.293.627,80	0,00	0,00	0,00
2021-02-01	2021-02-28	28	17,54	0,00	5.000.000,00	62.000,55	5.062.000,55	0,00	24.355.628,35	29.355.628,35	0,00	0,00	0,00
2021-03-01	2021-03-31	31	17,41	0,00	5.000.000,00	68.173,33	5.068.173,33	0,00	24.423.801,68	29.423.801,68	0,00	0,00	0,00
2021-04-01	2021-04-30	30	17,31	0,00	5.000.000,00	65.623,86	5.065.623,86	0,00	24.489.425,54	29.489.425,54	0,00	0,00	0,00
2021-05-01	2021-05-31	31	17,22	0,00	5.000.000,00	67.485,26	5.067.485,26	0,00	24.556.910,80	29.556.910,80	0,00	0,00	0,00
2021-06-01	2021-06-30	30	17,21	0,00	5.000.000,00	65.273,24	5.065.273,24	0,00	24.622.184,05	29.622.184,05	0,00	0,00	0,00
2021-07-01	2021-07-31	31	17,18	0,00	5.000.000,00	67.340,27	5.067.340,27	0,00	24.689.524,31	29.689.524,31	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

**DISTRIBUCION ABONOS**

DESDE	HASTA	DIAS	% ANUAL	CAPITAL	CAPITAL BASE LIQ.	INTERES	SUBTOTAL	VALOR ABONO	SALDO INTERESES	SALDO ADEUDADO	SALDO A FAVOR	ABONO INTERESES	ABONO CAPITAL
2021-08-01	2021-08-31	31	17,24	0,00	5.000.000,00	67.557,74	5.067.557,74	0,00	24.757.082,06	29.757.082,06	0,00	0,00	0,00
2021-09-01	2021-09-30	30	17,19	0,00	5.000.000,00	65.203,08	5.065.203,08	0,00	24.822.285,14	29.822.285,14	0,00	0,00	0,00
2021-10-01	2021-10-31	31	17,08	0,00	5.000.000,00	66.977,56	5.066.977,56	0,00	24.889.262,70	29.889.262,70	0,00	0,00	0,00
2021-11-01	2021-11-30	30	17,27	0,00	5.000.000,00	65.483,65	5.065.483,65	0,00	24.954.746,35	29.954.746,35	0,00	0,00	0,00
2021-12-01	2021-12-31	31	17,46	0,00	5.000.000,00	68.354,21	5.068.354,21	0,00	25.023.100,56	30.023.100,56	0,00	0,00	0,00
2022-01-01	2022-01-31	31	17,66	0,00	5.000.000,00	69.076,99	5.069.076,99	0,00	25.092.177,55	30.092.177,55	0,00	0,00	0,00



<b>TIPO</b>	Liquidación de intereses corrientes
<b>PROCESO</b>	18001310300219970391700
<b>DEMANDANTE</b>	COOPERATIVA LATINOAMERICANA DE AHORRO Y CREDITO UTRAHUILCA
<b>DEMANDADO</b>	SILVIA PEREZ DE VIASUS Y OTROS
<b>TASA APLICADA</b>	$((1+TasaEfectiva)^{(Períodos/DíasPeríodo))}-1$

#### RESUMEN LIQUIDACION

VALOR CAPITAL	\$5.000.000,00
SALDO INTERESES	\$25.092.177,55

#### VALORES ADICIONALES

INTERESES ANTERIORES	\$0,00
SALDO INTERESES ANTERIORES	\$0,00
SANCIONES	\$0,00
SALDO SANCIONES	\$0,00
VALOR 1	\$0,00
SALDO VALOR 1	\$0,00
VALOR 2	\$0,00
SALDO VALOR 2	\$0,00
VALOR 3	\$0,00
SALDO VALOR 3	\$0,00

<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>\$30.092.177,55</b>
----------------------	------------------------

#### INFORMACION ADICIONAL

TOTAL ABONOS	\$0,00
SALDO A FAVOR	\$0,00

#### OBSERVACIONES