

PÓLIZA N°

1040171

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

PREVISORA

SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 29 MES 6 AÑO 2017			CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 8			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO
TOMADOR 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S. DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA						NIT 805.027.743-1 TELÉFONO 5141810									
ASEGURADO 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S. DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA						NIT 805.027.743-1 TELÉFONO 5141810									
EMITIDO EN BOGOTA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DÍA MES AÑO A LAS						NÚMERO DE DÍAS	
MONEDA Pesos			3202	32	29 6 2017			17 5 2017			00:00 17 5 2018			00:00	365
TIPO CAMBIO 1.00								FORMA DE PAGO 4. CONTADO - 30				VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 1,000,000,000.00			
CARGAR A: DUMIÁN MEDICAL S.A.S.															

Riesgo: 1 -
KR 36 A 6 42, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	1,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	1,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	1,000,000,000.00	SI	35,000,000.00
Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		50,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		10,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		150,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		20,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO				

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 6665200008	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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$***35,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***6,650,000.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$**41,650,000.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 076 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2016, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No 2509 DE 1985.

03/11/2017 09:33:55

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				1065	1	MDM ASESORES DE SEGURO	15.00	5,250,000.00

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1040171 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE RENUEVA LA POLIZA ARRIBA CITADA, A SOLICITUD DEL ASEGURADO POR INTERMEDIO DE MDM Y SEGUN CONDICIONES ADJUNTAS.

RAMO:.....RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR:.....DUMIAN MEDICAL S.A.S. NIT:805.027.743-1

DIRECCIÓN:.....CARRERA 36 A NO. 6-42

ASEGURADOS.....DUMIAN MEDICAL S.A.S. NIT:805.027.743-1

DIRECCIÓN:.....CARRERA 36 A NO. 6-42

BENEFICIARIOS:...USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD:.....CALI - VALLE DEL CAUCA

VIGENCIA:.....DESDE EL 17/05/2017 HASTA 17/05/2018

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: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

RETROACTIVIDAD: 17 de Mayo de 2012, Inicio de la primera póliza suscrita con Previsora sin que existan periodos de interrupción.
17 de Mayo de 2016 Para \$200.000.000 en exceso de \$800.000.000.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$1.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 3.5% + IVA

DEDUCIBLES:

- 1.Gastos médicos: Sin deducible
- 2.Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
- 3.Demás amparos: 12% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

SUBLÍMITES

- 1.Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$20.000.000 por evento y \$150.000.000 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 \$10.000.000 por evento y \$50.000.000 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 \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1040171 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

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 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 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 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:

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1040171 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

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.
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.
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1040171 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

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.

O.S.170.

PÓLIZA N°

1058142

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

PREVISORA

SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE			N° CERTIFICADO			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P.
DÍA	MES	AÑO	EXPEDICION			0									NO
TOMADOR			2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.									NIT			805.027.743-1
DIRECCIÓN			CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO			5141810
ASEGURADO			2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.									NIT			805.027.743-1
DIRECCIÓN			CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO			5141810
EMITIDO EN			BOGOTA			EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS
MONEDA			Pesos			DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO			
TIPO CAMBIO			1.00			3202 32			19 6 2018			00:00 19 6 2019			00:00 365
CARGAR A: DUMIÁN MEDICAL S.A.S									FORMA DE PAGO			VALOR ASEGURADO TOTAL			
									4. CONTADO - 30			\$ 1,000,000,000.00			

Riesgo: 1 -
KR 36 A 6 42, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	1,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	1,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	1,000,000,000.00	SI	37,000,000.00
Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		50,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		10,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		150,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		20,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO				

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 6665200008	100.000 % NO APLICA

RCP-006-5 - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA I

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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$***37,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***7,030,000.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$**44,030,000.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 076 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2016, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No 2509 DE 1985.

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.

19/10/2018 08:56:06

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				1065	1	MDM ASESORES DE SEGURO	12.00	4,440,000.00

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE EXPIDE LA POLIZA ARRIBA CITADA, A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN CONDICIONES ADJUNTAS.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: DUMIAN MEDICAL S.A.S. NIT:8050277431

DIRECCIÓN: CARRERA 36 A NO. 6-42

ASEGURADOS: DUMIAN MEDICAL S.A.S. NIT:8050277431

DIRECCIÓN: CARRERA 36 A NO. 6-42

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: CALI - VALLE DEL CAUCA

VIGENCIA: DESDE EL 19/06/2018 HASTA EL 19/06/2019

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: 17 de Mayo de 2012, Inicio de la primera póliza suscrita con Previsora sin que existan periodos de interrupción.
17 de Mayo de 2016 Para \$200.000.000 en exceso de \$800.000.000.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$1.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 3.7% + IVA

DEDUCIBLES:

- 1.Gastos médicos: Sin deducible
- 2.Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
- 3.Demás amparos: 12% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

SUBLÍMITES

- 1.Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$20.000.000 por evento y \$150.000.000 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 \$10.000.00 por evento y \$50.000.000 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 \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

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 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 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 "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:

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

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.
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.
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

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.



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE				N° CERTIFICADO		CIA. PÓLIZA LÍDER N°		CERTIFICADO LÍDER N°				A.P.	
DÍA	MES	AÑO	MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA				1								NO	
TOMADOR			2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.										NIT	805.027.743-1		
DIRECCIÓN			CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA										TELÉFONO	5141810		
ASEGURADO			2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.										NIT	805.027.743-1		
DIRECCIÓN			CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA										TELÉFONO	5141810		
EMITIDO EN			BOGOTA		CENTRO OPER		SUC.		EXPEDICIÓN			VIGENCIA				NÚMERO DE DÍAS
MONEDA			Pesos						DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		
TIPO CAMBIO			1.00		3202		32		29 6 2018			19 6 2018		00:00 19 6 2019		00:00 365
CARGAR A: DUMIÁN MEDICAL S.A.S									FORMA DE PAGO			VALOR ASEGURADO TOTAL				
									4. CONTADO - 30			\$ 0.00				

Riesgo: 1 -
KR 36 A 6 42, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	1,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	1,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	1,000,000,000.00	SI	0.00
6	Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	10,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	150,000,000.00		
	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 6665200008 100.000 % NO APLICA

RCP-006-5 - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA I

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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$*****0.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$*****0.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*****0.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 076 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2016. LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No 2509 DE 1985.

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.

19/10/2018 08:56:16

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	% COMISIÓN
				1065	1	MDM ASESORES DE SEGURO	

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA

1

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE ACLARA QUE SE LE DA CONTINUIDAD A LA POLIZA RC CH No. 1040171
LOS DEMÁS TÉRMINOS Y/O CONDICIONES NO MODIFICADOS EN EL PRESENTE CERTIFICADO CONTINÚAN VIGENTE

Señores

JUZGADO CUARTO (4) CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

E. S. D.

REFERENCIA: **PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL**

DEMANDANTE: **ROSA SISNEY SANCHEZ Y OTROS.**

DEMANDADOS: **ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET
SALUD EPS Y CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN
MEDICAL S.A.S**

RADICACIÓN: **2019-00125-00**

LLAMADO EN GARANTIA: **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

CAROLINA LÓPEZ HURTADO, mayor de edad, vecina de la ciudad, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 1.061.783.442 de Popayán, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 325.537 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada sustituta de LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, sociedad debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, lo cual se encuentra debidamente acreditado en el expediente, encontrándome dentro del término legal oportuno para hacerlo, respetuosamente procedo primero a contestar la demanda que presentó la señora ROSA SISNEY SANCHEZ Y OTROS en contra de la ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD EPS Y CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S y en segundo término, a contestar el llamamiento en garantía formulado a la aseguradora por la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S, en los siguientes términos:

**CAPITULO I
CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho PRIMERO: el presente numeral contiene dos afirmaciones, respecto a las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- Es cierto de acuerdo al Registro Civil de Nacimiento que reposa en el plenario que JOHAN CAMILO SANCHEZ SANCHEZ nació el día 9 de noviembre de 2002.
- No le consta a mi representada que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ SANCHEZ conviva con su madre ROSA SISNEY SANCHEZ SANCHEZ, su hermana DANY GABRIELA SANCHEZ SANCHEZ, su abuela MARGARITA SANCHEZ IDROBO y sus tíos NIYERT LORELY, MARIA DEL SOCORRO, MARLE AMPARO y ROBINSON ELIUD SANCHEZ SANCHEZ, por cuanto no obra en el plenario prueba alguna que acredite dicha manifestación. No obstante, de los registros civiles aportados al plenario es posible vislumbrar que las personas anteriormente mencionadas si tienen el grado de parentesco que manifiestan con el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ SANCHEZ.

Frente al hecho SEGUNDO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- No le consta a mi representada de manera directa que el día 23 de mayo de 2017 el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ haya sufrido un accidente en el que estuvo involucrada una motocicleta, y mucho menos las circunstancias de modo, tiempo y lugar que rodearon la ocurrencia del mismo, por cuanto deberán acreditarse por los medios pertinentes la ocurrencia de este hecho. No obstante, de la Historia Clínica que reposa en el plenario de la Clínica Dumian Medical S.A.S, se puede observar en los datos de Ingreso la siguiente consignación: *“Motivo consulta: Accidente de Tránsito el día 23/05/2017”*.
- No le consta a mi representada que el menor haya sido llevado con una fractura no expuesta de tibia al Hospital del Tambo, ni que hubiera sido trasladado por sus profesores hasta dicho Centro Médico. Por lo tanto, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes.
- Es cierto de acuerdo a la Historia Clínica que reposa en el plenario que en el Hospital del Tambo le administraron analgésicos para el dolor a JOHAN CAMILO SANCHEZ, e igualmente se ordenó su remisión a Dumian Medical S.A.S.
- No le consta a mi representada que JOHAN CAMILO SANCHEZ haya sido remitido en primera instancia al Hospital San José, dado que no hay prueba de ello en el plenario. Que se pruebe.

- Es cierto que el día 23 de mayo de 2017 ingresa por el servicio de urgencias de LA CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S por remisión del Hospital del Tambo el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Al respecto, es menester indicar que desde su ingreso a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S se le ordenó valoración por Ortopedia y Traumatología, además de la toma de exámenes de laboratorio y Radiografía de pierna y rodilla, los cuales dieron como diagnóstico Fractura de Tibia Proximal Izquierda Salter y Harris II, ordenando hospitalizar al menor para manejo quirúrgico y colocar férula inguinopédica. En ese momento tal como consta en la Historia Clínica se le explica a la madre del menor sobre el manejo, riesgo y complicaciones futuras por el tipo de fractura que tenía su hijo.

Frente al hecho TERCERO: el presente numeral contiene varias afirmaciones ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- Es cierto que al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ el día 14 de mayo de 2017 se le practica cirugía para tratar la Fractura de Tibia Proximal Izquierda. No obstante, es de anotar que de acuerdo a la Historia Clínica que reposa en el plenario dicha intervención quirúrgica transcurrió sin complicaciones, realizando la reducción y fijación percutánea de fractura de la metáfisis proximal de tibia izquierda en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S.
- Es cierto que se le da egreso de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Al respecto, es menester tener en cuenta que antes de darle egreso al paciente, este estuvo en recuperación anestésica, con control de signos vitales y monitoreo constante por el término de un día, en consecuencia, el día 25 de mayo de 2017 se le da egreso por parte del Dr. Forero (Ortopedista), no sin antes indicarle el plan de seguimiento con manejo antibiótico y analgésico, además del uso de muletas, los signos de alarma para volver a consultar y el control por consulta externa.
- No le consta a mi representada que a los nueve días del egreso de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, el menor presentara ardor y picazón y fuera llevado por su madre a la promotora de salud Cuatro Esquinas, dado que no hay prueba que acredite dicha manifestación; en esa medida, la afirmación indicada en este hecho, deben ser objeto de prueba por parte del extremo activo de este litigio.

Frente al hecho CUARTO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- No le consta tampoco a mi representada que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ y su madre hayan acudido al Hospital del Tambo y les hayan negado la atención médica por no haberse realizado la cirugía en dicho establecimiento. En ese sentido, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes.
- Es cierto que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ ingresa por urgencias a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S. No obstante, es importante precisar la fecha de ingreso, dado que la parte actora no lo indica y es necesario que exista claridad al respecto, es por esto que de acuerdo a la Historia Clínica que obra en el plenario el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ vuelve a acudir a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S el día 10 de junio de 2017.
- No es cierto que en la valoración que se realizó al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ en el servicio de urgencias en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S se haya indicado que el yeso *“le estaba dañando los dedos y parte de la pierna”* como lo indica la parte actora. Al respecto es importante que la parte demandante tenga en cuenta que no debe realizar apreciaciones subjetivas ni indicar juicios de valor, aunado a que no hay prueba que lo acredite, por cuanto en la Historia Clínica que reposa en el plenario es posible evidenciar que en dicha valoración se ordena la toma de paraclínicos y valoración por cirugía plástica, además de la toma de radiografía de rodilla izquierda en la cual se encontraron todos los parámetros normales, pero no se hace un juicio de valor como el que refiere la parte demandante.

Frente al hecho QUINTO: el presente numeral contiene varias afirmaciones ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- La parte actora no indica un hecho sino una apreciación subjetiva de la apariencia de la extremidad inferior izquierda del menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Al respecto, se debe tener en cuenta lo consignado en la Historia Clínica de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, en la que se manifiesta que, si bien el paciente sufre herida en el dorso del pie izquierdo, talón y dorso del primer dedo del pie, se encuentra en terapia enterostomal, con curaciones, desbridamiento del tejido

desvitalizado y manejo antibiótico, en espera de la intervención quirúrgica para el cubrimiento de la herida con Colgajo.

- No es cierto que para ese momento ya se considerara que el paciente Johan Camilo SANCHEZ estaba bajo de peso, con anemia y desnutrición severa, por cuanto en la Historia Clínica la primera anotación al respecto se dio el 09 de julio de 2017.

Frente al hecho SEXTO: No es cierto que al paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ lo hayan remitido a un centro de menor complejidad para ser atendido por un nutricionista y que esta le recetara Ensure. Al respecto, es menester indicar que en las anotaciones de seguimiento de la Clínica Santa García Dumian Medical S.A.S que reposan en la Historia Clínica, se evidencia que el día 09 de julio de 2017 el paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ es valorado por el Pediatra Dr. Víctor Baruc, quien le indica una dieta hiperproteica rica en hierro en doble ración, Ensure 2 dosis cada día y cebion 1 gramo vía oral cada 12 horas, en aras de recuperar al paciente nutricionalmente para poder realizar cobertura de los tendones del dorso del pie.

Frente al hecho SÉPTIMO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- No es cierto como lo indica la parte actora que por no presentar mejoría el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ se le realizara manejo por cirugía plástica el 30 de junio de 2017. Al respecto se aclara que la intervención quirúrgica realizada por cirugía plástica el día 30 de junio de 2017, fue ordenada para el cubrimiento de la herida con colgajo y no se había realizado antes por cuanto era necesario realizar primero curaciones para que el tejido estuviera en las mejores condiciones, que fue lo que se hizo desde su ingreso el 10 de junio de 2017 a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, como consta en la Historia Clínica.
- Es cierto que el día 14 de julio de 2017 se presentaron picos febriles. No obstante, el pico febril que presentó el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ no era del área de la herida, por lo cual se le tomaron uroanálisis y coprológico para determinar el foco infeccioso y descartar compromiso óseo.
- Es cierto que se ordena realizar Gammagrafía ósea en la pierna y pie izquierdo del menor. Sin embargo, es de anotar que el resultado de este examen llegó el 19 de julio de 2017 con resultado de cultivo positivo para Klebsiella Pneumoniae y fenómeno hipermetabólico difuso y extenso con cambios de Hipervascularización

en dos tercios proximales de la tibia y extensión hacia la rodilla izquierda que se asocia a infección ósea activa, por lo cual el cuerpo médico de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S comienza a suministrar Ciprofloxacina, Gentamicina, Meropenem y Amikacina, además de que se solicita valoración por Ortopedia y se realiza transfusión de glóbulos rojos leuco-reducidos, lo cual indica un proceder diligente de los galenos de dicho centro médico.

Frente al hecho OCTAVO: el presente numeral contiene varias afirmaciones ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- No le consta a mi representada que la señora Rosa Sisney Sánchez, madre del menor JOHAN CAMILO SANCHEZ, haya pedido ante ASMET SALUD EPS e incluso por medio de Acción de Tutela, autorizaciones para atenciones especializadas en instituciones de orden superior, por cuanto en el plenario no obra prueba alguna que acredite dicha manifestación. Sino que, por el contrario, en la Historia Clínica de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S en la anotación de fecha 24 de julio de 2017, al ser valorado el paciente por Ortopedia, se indica que el paciente requiere remisión a Ortopedia Infantil e Infectología.
- No es cierto que el día 27 de julio de 2017 se haya iniciado manejo antibiótico con Meropenem para tratar la Klebbsiella. Al respecto, es menester indicar que de acuerdo a la Historia Clínica de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S el resultado del cultivo se entrega el 19 de julio de 2017 y se empieza a tratar con Ciprofloxacina, pero luego se cambia el manejo antibiótico por Meropenem el 23 de julio de 2017.
- Es cierto que el paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ es remitido a la ciudad de Manizales al Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro, pero la remisión se dio el 31 de julio de 2017 desde la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S y llega al Hospital de Manizales el día 01 de agosto de 2017. No obstante, es importante anotar las condiciones en las que fue remitido el menor de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, las cuales fueron: *“por orden médica se trasladó a Hospital Infantil de Manizales en ambulancia líder salud, en compañía de la madre al paciente de 14 años de edad, con signos vitales dentro de los rangos normales, egresa con su piel íntegra hemodinámicamente estable”*.

Frente al hecho NOVENO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- No le consta a mi representada lo relacionado en este hecho referente al ingreso del paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ al Hospital Infantil Rafael Henao Toro, por ser unas atenciones médicas ajenas a las brindadas por mi asegurada. No obstante, de la copia de la Historia Clínica que reposa de dicha institución médica en el plenario, es posible evidenciar que desde su ingreso recibió tratamiento antibiótico, en el cual no tuvo injerencia la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.
- No le consta a mi representada los dichos que indica la parte demandante que supuestamente manifestó el cuerpo médico del Hospital Infantil Rafael Henao Toro sobre los procedimientos realizados al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, dado que en la Historia Clínica no hay anotación alguna que se refiera a ello. Finalmente, pero no menos importante es recordar que la parte actora debe acreditar cada una de las manifestaciones que realiza en torno a las actuaciones realizadas por las demandadas, y en el plenario solo reposan elementos materiales probatorios que ratifican que el actuar de los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S estuvo ajustada a la lex artis y que siempre buscó el bienestar del paciente.

Frente al hecho DÉCIMO: No es cierto de acuerdo a la Historia Clínica que reposa del Hospital Infantil Rafael Henao Toro que el día 6 de agosto de 2017 se haya llevado nuevamente a cirugía al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Es preciso indicar, que ese día el cuerpo médico de dicha Institución no realizó cirugía sino una revisión, tomando muestra para cultivo de la herida y se le indica manejo con Meropenem y Vancomicina hasta el 16 de agosto, siendo internado en manejo de cuidado intermedio, en igual sentido se debe indicar que en dichas prestaciones de salud no tuvo injerencia alguna la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S.

Frente al hecho DÉCIMO PRIMERO: el presente numeral contiene varias afirmaciones ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- De acuerdo a la Historia Clínica es cierto que por parte del Hospital Infantil de Manizales se indica realizar amputación desde la rodilla del miembro inferior izquierdo al paciente. No obstante, dicha postura fue discutida previamente por

cirugía plástica y ortopedia, pero esta no fue autorizada por la madre del menor al oponerse a dicha intervención como consta en el análisis indicado en la evolución médica del día 10 de agosto de 2017. Igualmente, es importante indicar que no hay anotación alguna en dicha Historia Clínica que indique que se contempló la posibilidad de amputación por mala praxis de los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, sino que, por el contrario, se evidencia que se había desarrollado un proceso infeccioso difícil de controlar que comprometía severamente los tejidos blandos, generado por la gravedad de la lesión sufrida por el menor en accidente de tránsito.

- No le consta a mi representada los trámites que tuvo que realizar la madre de JOHAN CAMILO SANCHEZ para que su hijo fuera remitido a la Fundación Valle del Lili, por cuanto es un hecho ajeno a las actividades comerciales de mi prohijada, además no hay prueba en el plenario que acredite tal manifestación. No obstante, es menester indicar en este punto que el traslado del paciente se da porque la madre del menor no estaba conforme con el tratamiento recibido en el Hospital Infantil Rafael Henao Toro de Manizales y manifiesta que tiene red de apoyo de familiares en la ciudad de Cali, tal como se puede constatar en la evolución médica de fecha 25 de septiembre de 2017 de la Historia Clínica de la ya mencionada Institución de salud.

Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones, sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- Es cierto que el día 30 de septiembre de 2017 es remitido el paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ desde Manizales a la Fundación Valle del Lili, ingresando el 01 de octubre de 2017 a dicha institución.
- La parte actora no indica un hecho, sino que realiza una apreciación subjetiva de las atenciones recibidas por el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, que supuestamente las indicó el cuerpo médico de la Fundación Valle del Lili. Respecto de lo cual, bien se puede observar que en el plenario no reposa prueba alguna que acredite una valoración por perito que determine si los procedimientos iniciales eran los indicados o no para la fractura que tenía el menor, lo cual no hace viable realizar un señalamiento tan irresponsable por la parte demandante. En este punto, es menester indicar en primer lugar, que

de la lectura que se hace de la Historia Clínica de la Fundación Valle del Lili, se puede evidenciar que no hay anotación alguna que indique una crítica a las atenciones dadas al paciente por la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S como lo indica la demandante, sino que por el contrario se indicó que el paciente era tratado por defecto masivo de los tejidos blandos, secundario a la fractura tibial por accidente de tránsito, es decir que no es atribuible a la intervención quirúrgica realizada en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S. En igual sentido, es menester indicar que el manejo inicial que se le dio al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical fue oportuno y de calidad, con atenciones de médicos especialistas para resolver el tipo de fractura que padecía producto de un accidente de tránsito, aunado a ello se le trataron las complicaciones inherentes al procedimiento como la epidermólisis, patología que es importante aclarar que es ajena a la cirugía, dado que la literatura médica ha indicado que esta obedece a factores hereditarios que hacen que la piel sea tan sensible que forme ampollas con gran facilidad, y finalmente de las atenciones dadas por dicho centro hospitalario en aras de darle al paciente la mejor atención posible, se procedió a remitir a un Hospital con infectología pediátrica, por tal razón lo único que se ha evidenciado es que la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S no escatimó esfuerzos para recuperar la salud del menor JOHAN CAMILO SANCHEZ, durante su permanencia en dicho centro hospitalario.

Frente al hecho DÉCIMO TERCERO: No se indica un hecho, se realiza la transcripción de la nota de ingreso del paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ a la Fundación Valle del Lili y las atenciones que se le brindaron en dicha institución de salud. No obstante, es de anotar que el ingreso del paciente se dio por panosteomielitis de miembro inferior izquierdo con defecto masivo de tejidos blandos, secundario a fractura tibial por accidente de tránsito, es decir que las condiciones de complicación que presentaba el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ obedecieron exclusivamente a la gravedad de la fractura que se le ocasionó en el accidente de tránsito y no de las atenciones que recibió en las distintas instituciones de salud en las que estuvo ingresado.

Frente al hecho DÉCIMO CUARTO: Nuevamente no se indica un hecho, se hace mención por la parte actora, de las atenciones que recibió el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ durante su estancia en la Fundación Valle del Lili, en las cuales no tuvo injerencia alguna la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S.

Frente al hecho DÉCIMO QUINTO: el presente numeral contiene varias afirmaciones, ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- Es cierto de acuerdo a la Historia Clínica de la Fundación Valle del Lili que reposa en el plenario, que el día 20 de octubre de 2017 se realizó intervención quirúrgica a JOHAN CAMILO SANCHEZ para realizar lavado del injerto.
- No le consta a mi representada que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ se encuentre en seguimiento por ortopedia, infectología, cirugía y psicología, dado que en el plenario no reposa prueba que lo acredite. Que se pruebe.
- No le constan a mi representada las supuestas secuelas irreversibles que padece el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Al respecto, es necesario indicar en primer lugar, que no reposa en el plenario valoración alguna que indique cuales son las secuelas que padece el menor, por lo tanto, deberá la parte actora probar su dicho, a través de los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes. Ahora bien, si se llegara a probar que el menor presenta alguna secuela, está claro que estas se deben de manera exclusiva a la gravedad de la lesión sufrida en el accidente de tránsito del día 23 de mayo de 2017, como bien se ha podido vislumbrar de la Historia Clínica, en la cual se ha indicado que la panosteomielitis de miembro inferior izquierdo con defecto masivo de tejidos blandos que padeció el menor, es secundario a fractura tibial por accidente de tránsito y no a las intervenciones quirúrgicas ni tratamientos médicos que se le brindaron en las Instituciones de salud, específicamente de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S.

Frente al hecho DÉCIMO SEXTO: Es cierto que, ante el Centro de Conciliación Justicia para Todos de la ciudad de Popayán, se adelantó Audiencia de Conciliación convocada por la parte demandante y convocada la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S el día 21 de febrero de 2019, en la cual se expide Acta de Fracaso.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO ESTIMACIÓN RAZONADA DE PERJUICIOS Y DETERMINACIÓN DE LA CUANTIA.

Es necesario pronunciarse frente a este acápite, por cuanto la parte actora indica en él las pretensiones condenatorias al extremo pasivo de la acción. Por lo tanto, me opongo a todas y cada una de las pretensiones condenatorias solicitadas en la demanda, pues carecen de fundamentos de hecho y de derecho. En efecto, ninguna de las pretensiones podrá

prosperar en contra de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S. de Popayán y consecuentemente de mi representada, en la medida en que la atención médica que se le brindó al paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ, se ajustó en todo momento a los parámetros de la *lex artis*, puesto que, de acuerdo con la información que reposa en el expediente, se atendió al paciente de acuerdo a las lesiones sufridas por él en el accidente de tránsito, por lo que se resalta que la atención médica, se brindó con altos estándares de calidad, ordenándose y practicándose las intervenciones quirúrgicas requeridas, sin que pueda atribuírsele a la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S de Popayán, los perjuicios que solicita la parte actora le sean reconocidos por la supuesta falla en la prestación del servicio médico que se atribuye infundadamente en la demanda, puesto que las secuelas y consecuencias que se atribuyen en el libelo, fueron producto de la gravedad de las lesiones sufridas en el accidente de tránsito del día 23 de mayo de 2017 y no de la atención médica recibida en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, como se ha podido evidenciar en la Historia Clínica.

Por lo anterior, se advierte que no existe en el expediente prueba fehaciente con la que se pueda establecer una falla en el servicio médico prestado al menor Johan Camilo Sánchez, durante su atención en la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S; por el contrario, se logra demostrar la conducta diligente y oportuna de la Clínica, y por consiguiente la ausencia de una conducta que pudiere haber generado un daño.

En conclusión de todo lo anterior dicho, y tal como quedará probado y establecido con las pruebas que se recauden dentro del trámite, es evidente que en este caso NO se cumplen con los requisitos para que surja o se estructure una responsabilidad como la endilgada a la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S, toda vez que esa clase de vínculo jurídico sólo se presenta si reúnen los elementos esenciales para el efecto y aquí brilla su ausencia total, particularmente la del daño antijurídico que debe ser ocasionado por un hecho o acto realizado con culpa de dicho ente y además que entre éste y aquel exista relación de causalidad directa.

De esta suerte, y con el ánimo de lograr una indudable precisión frente a los improbados requerimientos pretendidos en la demanda, me refiero a cada perjuicio solicitado en el siguiente tenor:

- **FRENTE AL DAÑO EMERGENTE:** me opongo rotunda y enfáticamente al reconocimiento de este perjuicio, toda vez que además de ser infundado por no

configurarse los supuestos esenciales para que pueda predicarse que surgió una responsabilidad en cabeza de los demandados, denota un evidente ánimo de lucro desmesurado por los supuestos perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente que comprende rubros por tratamientos indefinidos para la recuperación del menor JOHAN CAMILO SANCHEZ, de los cuales no se tiene prueba alguna que acredite en primer lugar, que dichos tratamientos hayan sido ordenados por el cuerpo médico de alguna de las Instituciones médicas que brindaron atenciones al menor, en segundo lugar y en consecuencia de lo anterior, tampoco se ha indicado de manera particular cada uno de los tratamientos que supuestamente requiere el menor, ni se ha discriminado el valor de cada uno de ellos.

Ahora bien, puede observarse en el expediente que la accionante aportó como prueba, únicamente copia de recaudos de caja para controles por consulta externa y exámenes de laboratorio de la Fundación Valle del Lili, los cuales no dan cuenta de quien realizó el pago, ni de los tratamientos que se le deban hacer al menor, sino que tan solo indican seguimientos a su evolución, no obstante es menester indicar que la carga económica para el pago de estos controles la tiene ASMET SALUD EPS S.A.S que es la EPS a la cual se encuentra afiliado el menor, por lo tanto la parte actora no debe acarrear con dichos gastos.

Al respecto y con el fin de otorgar total claridad acerca de las obligaciones legales que tiene una EPS en Colombia, reitero lo siguiente:

“Artículo 156 de la ley 100 de 1993: Características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

(...)

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el Gobierno;

Artículo 177 de la ley 100 de 1993. Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación

del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la presente Ley.” (Negrita y subrayado, por fuera del texto original)

Por lo anterior, es claro que las funciones de las EPS se encuentran encaminadas a brindar cobertura de los servicios de salud a todas aquellas personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que puntualmente su función se desarrolla emitiendo las respectivas autorizaciones y asumiendo el pago del valor de las prestaciones asistenciales incluidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS.

En tal sentido, debe advertirse que los recaudos de caja allegados al plenario no son un título valor ni mucho menos prestan mérito ejecutivo, de manera que los valores contenidos en estos no pueden ser cobrados judicialmente con base en ellos; y en ese tenor, solicito despachar desfavorablemente dicha pretensión, por cuanto en este tipo de procesos es mandatorio que la parte actora determine de manera clara en el escrito de la demanda, cuál fue el gasto incurrido, quién incurrió en dicho gasto, por qué se vio en la necesidad del mismo, y que sea palpable la conexidad que tuvo el gasto con el daño y el hecho antijurídico, incorporando los elementos de prueba idóneos, los cuales brillan por su ausencia en este proceso.

- **FRENTE AL PERJUICIO MORAL:** En el libelo demandatorio, se pretende el reconocimiento de perjuicios morales para el menor Johan Camilo Sánchez por el valor equivalente a (\$82.611.600), para su madre Rosa Sisney Sánchez y hermana Dany Gabriela Sánchez (\$82.611.600) para cada una, y para su abuela Margarita Sánchez Idrobo y sus tías Niyert Lorely Sánchez, María del Socorro Sánchez, Marle Amparo Sánchez y Robinson Eliud Sánchez la suma de (\$ 41.305.800) para cada uno.

En relación con esta pretensión reitero mi posición de oponerme a lo solicitado, en primer lugar, porque no se cumplen los requisitos para que surja o se estructure una responsabilidad como la pretendida, pues como se expresó anteriormente los médicos que atendieron al paciente Johan Camilo Sánchez en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S emplearon todos sus conocimientos, experiencia y experticia necesaria a fin de brindarle de manera oportuna y eficiente el servicio de

salud, en ese orden de ideas, imposible resultaría condenar al extremo pasivo al pago de perjuicios frente a los cuales no ha tenido ninguna injerencia para su producción. Como ya se expuso en líneas anteriores, fue el accidente de tránsito del 23 de mayo de 2017 el que origino las lesiones sufridas por el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ y que llevó a que se generarán complicaciones propias de la gravedad de la fractura sufrida por el impacto, por lo cual no habría ninguna justificación legal o jurídica que permitiese la vinculación del extremo demandado en este litigio, mucho menos, por supuesto, de mi representada.

Ahora bien, en lo que se refiere al daño moral, es menester señalar que el reconocimiento por concepto de perjuicios morales tiene como finalidad otorgar a la víctima una satisfacción íntima que borre y compense la angustia y el dolor sufrido por un hecho dañoso. No obstante, la suma por éste perjuicio es determinada única y exclusivamente por el Juez en la sentencia, con base en lo establecido jurisprudencialmente y según las pruebas aportadas al proceso; para ello, la parte demandante deberá acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad civil y, como consecuencia, existirá eventualmente el pago o indemnización por el daño y los perjuicios que se prueben; en caso de reconocerse dicho concepto, deberá ajustarse a los límites fijados por la Corte Suprema de Justicia, a través de la cual hay senda jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales. Puntualmente se ha decantado en jurisprudencia de casación civil, que el daño moral por muerte no podrá sobrepasar la cifra total indemnizatoria de \$60.000.000., siendo evidente que para el caso particular de resultar probada algún tipo de indemnización por daño moral con ocasión a la supuesta lesión padecida por el menor Johan Camilo Sánchez y sus familiares, ésta nunca podrá ser superior a los \$60.000.000 que señala la referida jurisprudencia, y por el contrario deberá ser tasado de manera razonada por el señor Juez, no pudiendo equiparar el daño que produce la muerte al daño que produce una lesión corporal.

Por lo tanto, es el Juez en el desarrollo de la etapa probatoria quien determinará si efectivamente hubo responsabilidad a cargo de los aquí demandados, y en caso de que este improbable suceso ocurra, atendiendo las circunstancias específicas del caso, entrará a determinar el verdadero grado de afectación del demandante y fijará

los montos de indemnización a que haya lugar, sin que estos puedan exceder los límites fijados por la Corte Suprema de Justicia, respecto de la reparación o compensación de los perjuicios inmateriales, en este caso, frente al daño moral.

En todo caso, debe indicarse que la solicitud que debe realizarse sobre este perjuicio, debe encontrarse sujeta a los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, en Sentencia SC13925 – 2016 Radicación No. 2005-00174-01 con ponencia del Magistrado Ariel Salazar Ramírez. Por lo tanto, para la tasación de dicho perjuicio el Juez deberá apoyar su decisión, en las pruebas allegadas y practicadas en el proceso, para efectos de determinar el grado de afectación que se haya causado a los demandantes, y con ello determinar si existe o no responsabilidad civil en cabeza de los demandados.

Con relación a lo dicho en el inciso anterior, la Corte Suprema de Justicia expone que, para acceder al pago del perjuicio moral, este debe tasarse con base en lo siguiente:

“...la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “las circunstancias especiales que rodearon este proceso”¹

En ese mismo sentido, en Sentencia SC5686-2018 Radicación N.º 05736 31 89 001 2004 00042 01 con ponencia de la Sra. Magistrada Margarita Cabello Blanco la Corte Suprema de Justicia, entiende por perjuicio moral lo siguiente:

“Puede sostenerse, en consecuencia, que al paso que el perjuicio moral atiende a las consecuencias extrapatrimoniales internas de la víctima, el atinente a la vida de relación busca compensar todas aquellas alteraciones extrapatrimoniales, producto de lesiones corporales, psíquicas o de bienes e intereses tutelados que terminan por afectar negativamente el desenvolvimiento vital de la víctima en su entorno”.

Recuérdese que la indemnización por un daño ocurrido, luego de que se haya producido una declaratoria de responsabilidad civil en contra de la parte pasiva, no debe nunca enriquecer a los demandantes, en un franco desmedro de aquella; toda

¹ SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo (10 de mayo de 2016)

vez que el daño a indemnizar, debe corresponderse exactamente con la magnitud del mismo, y con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales ocurrió el mencionado accidente, ni más ni menos, por lo cual es pertinente recordar que la parte actora no ha allegado al plenario pruebas que permitan definir el grado de afectación moral padecida por la demandante.

Con todo, en gracia de discusión, y sin que implique reconocimiento de responsabilidad en ningún sentido, solicito al Juez de la manera más respetuosa que, tenga en cuenta que, para la tasación de este perjuicio, sólo si eventualmente y remotamente hay lugar a ello, debe ajustarse a los límites jurisprudencialmente establecidos, atendiendo a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado en favor de los demandantes, en un franco desmedro de la contraparte.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Frente a la única pretensión: me opongo a esta pretensión condenatoria, pues tal como se ha venido demostrando a lo largo de esta contestación, no está llamada a prosperar una pretensión de declaratoria de presunta responsabilidad civil a la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S y a quienes integran el extremo procesal pasivo de esta demanda, por los presuntos perjuicios ocasionados a la parte actora de este litigio, toda vez que cumplieron con sus obligaciones, especialmente la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN S.A.S, entidad que atendió al paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ en todas sus lesiones originadas por el accidente de tránsito del 23 de mayo de 2017, practicándole las intervenciones quirúrgicas necesarias para tratar la fractura de tibia izquierda que padecía, por lo que no es jurídicamente viable atribuir responsabilidad civil profesional médica a la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S, en la medida que no exista una culpa médica que se cimiente en la supuesta omisión y falla en el servicio médico que la actora refiere en su escrito demandatorio y más aún cuando las secuelas padecidas por el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ son producto del grave accidente de tránsito del que fue víctima como se encuentra evidenciado en el reporte inicial de nota de egreso del paciente a la Fundación Valle del Lili.

Debe reiterarse que la atención médica se realizó de manera diligente, oportuna y perita tras su requerimiento del servicio, y que en todo momento se procuró por el bienestar del paciente; ello claro está, enmarcado dentro de las obligaciones de medio que tienen los galenos y la misma institución en el tratamiento de sus pacientes, pues no pueden garantizar la cura para sus padecimientos, y solo les es exigible la diligencia y pericia debida, para que desplieguen todas las conductas y protocolos médicos existentes en la materia como se siguió en este caso.

En ese sentido, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia 13925 de fecha 24 de agosto de 2016, sostiene, lo siguiente:

(...)

La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio- se reitera- se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia.(...)

Por lo tanto, la actuación desplegada por los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S, se encuentra ajustada a los cánones de la lex artis por lo que de ninguna manera podría atribuírsele a ella los supuestos perjuicios impetrados por la parte actora.

IV. OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el Juramento Estimatorio de la Demanda, toda vez que como se ha venido mencionando a lo largo de este escrito, se evidencia la ausencia de pruebas que permitan inferir que se estructuró la responsabilidad civil contractual y extracontractual que predica la parte actora, además, de que no hay prueba alguna que acredite los supuestos perjuicios causados; y como consecuencia de ello, el resarcimiento económico del daño presuntamente ocasionado, resulta infundado.

Por otro lado, es preciso señalar que, en materia de indemnización de perjuicios, opera el principio de que el daño y su cuantía deben estar plenamente probados para proceder a su

reconocimiento, toda vez que al juzgador le está relegada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio y más aún la magnitud del mismo. En efecto, con miras a la obtención de una indemnización, no basta alegar el supuesto detrimento, por cuanto el mismo no es susceptible de presunción, sino que es obligatorio acreditar debidamente su cuantificación.

En consecuencia, se destaca que la parte actora pretende el reconocimiento y pago de una suma de dinero por concepto de daño emergente; no obstante, la misma denota un evidente ánimo de lucro desmesurado, pues en lo que respecta a los supuestos perjuicios materiales en la modalidad de “daño emergente”, la actora comprendió rubros por tratamientos médicos para la recuperación del menor, de los cuales no se tiene prueba alguna que acredite en primer lugar que dichos tratamientos hayan sido ordenados por el cuerpo médico de alguna de las instituciones médicas que brindaron atenciones al menor, en segundo lugar y en consecuencia de lo anterior, tampoco se ha indicado de manera particular cada uno de los tratamientos que supuestamente requiere el menor, ni se ha discriminado el valor de cada uno de ellos.

Sino que, por el contrario, solo se han allegado copia de recaudos de caja para controles por consulta externa y exámenes de laboratorio de la Fundación Valle del Lili, los cuales no dan cuenta de quien realizó el pago y tan solo indican los seguimientos a su evolución, por lo cual no es posible atribuir dichos gastos a los demandados en este proceso, cuando son procedimientos propios de la EPS que están a su cargo sufragar.

De tal categoría, respecto al daño emergente, debe memorar el Despacho que éste se define como aquella suma patrimonial sustraída del dominio de la víctima como consecuencia del siniestro, es decir, como todos aquellos gastos en los que se ve obligada a incurrir la víctima como resultado del hecho; suma que le es concedida a la demandante, una vez ha demostrado su causación con los elementos materiales probatorios legalmente conferidos, exponiéndose con suma claridad la necesidad que avizoró dicho gasto de conformidad con los hechos manifestados; por lo que, en atención de lo argumentado, en el caso de marras resulta irrazonable y por completo injustificado, el monto que la parte demandante exige por este perjuicio.

V. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

- **LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN EFECTÚA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI PROCURADA.**

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S de Popayán., las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada, y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL ATRIBUIBLE A LA PARTE DEMANDADA POR LA NO DEMOSTRACIÓN DE INEJECUCIÓN, O LA EJECUCIÓN RETARDADA O DEFECTUOSA DE UNA OBLIGACION CONTRACTUAL A CARGO DE LA CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S DE POPAYÁN.**

La responsabilidad civil médica reviste caracteres especiales. En principio, se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, sin embargo, por su especialidad, se encuentra sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, se ha determinado de forma vehemente que este tipo de responsabilidad solo se configura si halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento. Ello, en razón a que la obligación que asume un médico al tratar a un paciente es meramente de medio y no de resultado, de manera que solo puede configurarse una conducta reprochable a aquel si se prueba que no hizo uso de los medios que se encontraban a su alcance y que debía emplear para curar al paciente:

[...] el médico sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar el enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación [...]

En el caso que no ocupa, se tiene que la parte actora, sin ningún medio de prueba que la soporte, asevera que el cuerpo médico de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, desplegó un actuar culposo debido a que supuestamente se dio una falla en la prestación del servicio médico al paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ, pues se afirma que hubo

negligencia médica y errores en el servicio de salud brindados al menor desde el 23 de mayo de 2017.

Al respecto debe indicarse que basta observar la Historia Clínica que reposa en el expediente, para concluir la diligencia, el cuidado, la prudencia, la aplicación de la *lex artis*, que fueron adecuadamente cumplidas tanto por el equipo médico, como por el establecimiento hospitalario en la atención médica suministrada a JOHAN CAMILO SANCHEZ.

Dicho lo anterior, resulta oportuno traer a colación las anotaciones de la Historia Clínica de Johan Camilo Sánchez durante su estancia en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, con las cuales se desvirtúan las atribuciones de responsabilidad que hace la parte actora. Al respecto se precisa lo siguiente:

- El ingreso del paciente fue el día 23 de mayo de 2017, por remisión del Hospital del Tambo para valoración por Ortopedia y Traumatología por lesión sufrida en accidente de tránsito, por lo cual a su llegada se le toma una radiografía y es diagnosticado con Fractura de Tibia Proximal Izquierda Salter y Harris II, indicándose que debía recibir manejo quirúrgico y se le explica a la madre sobre el manejo, riesgos y complicaciones futuras por el tipo de fractura.
- Al día siguiente de su ingreso, es decir el 24 de mayo de 2017 se le realiza cirugía a Johan Camilo Sánchez, previa asepsia y antisepsia para realizar la reducción de epífisis, la cual culmina sin complicaciones y se deja al paciente con férula posterior.

De lo expuesto se colige que, el paciente recibió atención a partir de su ingreso, por parte de profesionales especializados, se realizaron todos los procedimientos necesarios para la estabilización de la lesión del paciente, por lo cual es improcedente indicar una falta de tratamiento específico. Una vez se reporta su buena evolución se le da salida, con las recomendaciones necesarias de cuidado y signos de alarma para acudir a la Clínica, lo que lleva a deducir la buena atención prestada por la institución.

- Posteriormente acude a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S por dolor y salida de lesiones ampollas de la herida, por lo cual el cuerpo médico ordena la toma de paraclínicos e inicia manejo antibiótico. Una vez es valorado por cirugía

plástica se inician curaciones por terapia enterostomal para proceder con el cubrimiento con colgajo de la herida, la cual se realiza el día 30 de junio de 2017 de manera satisfactoria.

- Finalmente, el paciente presenta epidermólisis, condición hereditaria que hace que aparezcan ampollas con facilidad en la herida, por lo cual los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S tuvieron que intervenir nuevamente al paciente para revisar el colgajo que estaba cubriendo la piel. Ahora bien, el tratamiento médico brindado al menor fue integral, por lo que recibió asistencia psicológica y nutricional durante su estadía en dicho centro médico como consta en la Historia Clínica. No obstante, a pesar de la atención oportuna y de calidad que recibió el menor Johan en la Clínica Santa Gracia Dumian, por la gravedad de la fractura que sufrió en el accidente de tránsito del 23 de mayo de 2017, tuvo que ser remitido a otro Hospital con área específica de Infectología Pediátrica, en aras de mejorar su condición de salud.

Con lo expuesto hasta el momento, resulta claro que los médicos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S de Popayán ofrecieron una atención completa, perita y oportuna al menor Johan Camilo Sánchez. Se resalta que el paciente durante sus hospitalizaciones, estuvo bajo el cuidado de un cuerpo interdisciplinario de médicos, tales como médicos generales, especialistas en ortopedia y cirugía plástica, cada uno de los cuales dispuso de su pericia, de las ayudas diagnósticas y procedimientos necesarios para conseguir que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ superara los traumatismos generados por el accidente de tránsito en el que estuvo involucrado.

Solicito comedidamente al Despacho que declare probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ATRIBUIBLE A LA PARTE DEMANDADA POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.**

Las pretensiones contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos, especialmente porque no existe ningún tipo de obligación en cabeza de los demandados, y por ende de mi representada, ya que en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada, pues en el caso

que nos ocupa, de haberse presentado algún tipo de perjuicio, este se deriva de hechos en los que ninguna injerencia tuvo el demandado y por ende, como a él se le trata de endilgar una responsabilidad Civil, hay que señalar que es inexistente nexo alguno de causalidad que permita edificar semejante cargo.

Adviértase que el artículo 2341 del Código Civil, indica que “(...) *El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido (...)*”, se desprende necesariamente que es obligatorio que la parte demandante acredite la existencia de tres elementos:

a. El hecho dañoso:

En primer lugar, el hecho se refiere a las circunstancias que modifican el mundo exterior y que puede ser realizado por el propio responsable, un tercero bajo dependencia del responsable o por una cosa de propiedad del mismo.

Al respecto, para el doctrinante Javier Tamayo Jaramillo, se trata de un hecho ilícito ya que una persona con su acción u omisión realiza conductas que están previamente prohibidas por el orden jurídico. Por su parte, el elemento de la culpa (hecho culposo) se concibe como uno de los elementos más complejos y determinantes de la responsabilidad civil. Este elemento es fundamento de las teorías subjetivas de la responsabilidad civil en las cuales se tiene consideración de la conducta del autor, evaluándose o examinándose la forma de proceder en cuanto a las circunstancias internas del responsable. La culpa se tiene entonces como el elemento subjetivo de una conducta dañosa que casi siempre está prohibida por la ley.

b. El daño:

En atención de lo manifestado por la H. Corte Suprema de Justicia en Sentencia de 18 de diciembre de 2008², consideró al daño como un elemento estructural de la responsabilidad civil, dicho aparte jurisprudencial dice lo siguiente:

² CORTE SUPREMA DE JUSTICA, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia del 18 de diciembre del 2018, expediente 88001-3103-002-2005-00031-01.

“(…) De suyo, que si el daño es uno de los elementos estructurales de la responsabilidad civil, tanto contractual como extracontractual, su plena demostración recae en quien demanda, salvo las excepciones legal o convencionalmente establecidas, lo que traduce que, por regla general, el actor en asuntos de tal linaje, está obligado a acreditarlo, cualquiera sea su modalidad, de donde, en el supuesto señalado, era -y es- imperioso probar que el establecimiento producía utilidades, o estaba diseñado para producirlas en un determinado lapso de tiempo, sin que este último caso, pueda confundirse con el daño meramente eventual o hipotético, que desde ningún punto de vista es admisible (…).”

Teniendo en cuenta lo expresado por la corte en esta sentencia, si no hay daño no puede hablarse de responsabilidad extracontractual, además cuando se demanda por responsabilidad civil, se debe demostrar el daño que fue causado y le corresponde la carga de la prueba a quien demanda, es decir, el demandante está en la obligación de probar la existencia de dicho daño.

c. Nexo causal entre el hecho y el daño:

Para obtener una declaratoria de responsabilidad civil, deben acreditarse sus elementos esenciales a saber, necesita obligatoriamente la acreditación del vínculo entre el hecho dañoso culpable o delictual y el daño acaecido por la víctima, sin embargo, valga aclararse, este vínculo tiene que reunir determinadas condiciones, luego, no es suficiente con una hipotética ligazón abstracta.

Es necesario concluir que la no existencia del vínculo requerido para desplegar la existencia de una responsabilidad civil genera la absolución de mi asegurada CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S, toda vez que la parte demandante no logra elucidar de manera clara y precisa cómo el actuar de la demandada, fue una causa determinante y eficiente para la producción del perjuicio por el que quiere ser indemnizado. Por tanto, al no haberse acreditado la existencia de culpa en cabeza de la parte demandada, consecuentemente mi representada no puede ser condenada al pago de la indemnización pretendida por la actora.

Al respecto la H. Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado sobre los elementos para configurar responsabilidad, en los siguientes términos:

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

Aterrizando estos presupuestos al caso concreto, se encuentra que no hay elementos de convicción suficientes que permitan estructurar la responsabilidad civil extracontractual que se pretende. De manera semejante como se expuso en líneas precedentes, en este asunto se observa claramente en el Resumen de la Historia Clínica de la Fundación Valle del Lili, que fue el último centro médico que atendió al paciente, que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ había ingresado por en el contexto de un panosteomielitis de miembro inferior izquierdo, con defecto masivo de tejidos blandos, secundario a fractura tibial por accidente de tránsito del 23 de mayo de 2017, por lo cual las lesiones sufridas por el menor son producto de la gravedad del accidente de tránsito en el que se vio involucrado ; y en ese orden de ideas, ya que el vínculo de causalidad entre el hecho y el daño se ha roto, y la parte demandante no logró elucidar de manera clara y precisa cómo el actuar de los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S fueron la causa determinante y eficiente para el perfeccionamiento del perjuicio que exige se le repare, no se logra encontrar probada la existencia de los elementos estructurales de la responsabilidad civil extracontractual en contra de la demandada.

Por lo expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

- **EL TRATAMIENTO SUMINISTRADO AL PACIENTE JOHAN CAMILO SANCHEZ FUE ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, Y CON SUJECCIÓN A LOS PROTOCOLOS.**

Se formula esta excepción en virtud de que, el paciente Johan Camilo Sánchez, desde su ingreso a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S el 23 de mayo de 2017, fue atendido de forma oportuna, realizando examen físico, se ordenaron y practicaron paraclínicos y radiografía, se efectuó diagnóstico, se le suministraron antibióticos, actuaciones que fueron realizadas de forma pertinente, diligente y sin obstáculos por parte de la clínica demandada, como se confirma con la respectiva Historia Clínica. Por ello, no se comprende el reproche y la censura puntual frente a la atención médica de la institución.

La historia clínica, resultados diagnósticos y el protocolo médico, descartan una falla en el servicio médico prestado al paciente. Es importante resaltar que las lesiones y posteriores secuelas presentadas por Johan Camilo Sánchez tienen un origen claro, el cual es el accidente de Tránsito en el que resultó involucrado el día 23 de mayo de 2017, los médicos atendieron su fractura de forma diligente, por lo cual debe descartarse cualquier duda que pueda suscitar la tergiversación de hechos que esgrime la parte actora como fundamento de sus injustas pretensiones, que denotan la búsqueda de una indebida indemnización.

En conclusión, puede decirse de manera diáfana que no está probada la culpa, ni mucho menos una relación causal entre las conductas desplegadas por la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S y el daño reclamado.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE CONLLEVA EL SERVICIO MÉDICO ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.**

Es de advertir que el médico frente al paciente contrae una obligación de medio y no de resultado, esto significa que el objeto de la obligación consiste en la aplicación de su saber y proceder en favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal o rutinariamente aplicaría cualquier otro profesional de la medicina, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia éxito genere un incumplimiento.

En ese sentido, se ha pronunciado la Sala de Casación Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia, en la sentencia de 1 de diciembre de 2011, expediente 05001-3103-008-1999-00797-01 que en lo pertinente indicó:

*(...) 5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la “obligación del médico” es por: “regla general de “medio”, y en esa medida “(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste”, y en el tema de la “culpa” se comentó: “(...) **la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad.** (...) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (...)”*

*Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. **Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.** (...)” (Negrillas propias).*

Así entonces, trasladando lo anterior al caso *sub judice*, resulta evidente que la atención médica brindada por Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ, nunca restringió los recursos técnicos y humanos de que disponían, sino que se puso a su disposición todos los insumos que a consideración de los galenos requería, como lo fueron: las diferentes consultas con ortopedia, cirugía plástica, toma de paraclínicos, tratamientos analgésicos y antibióticos, entre otros, propendiendo siempre por su recuperación.

En este orden de cosas, claro resulta que contrario a lo expuesto por la parte actora, el comportamiento de los profesionales de Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, aquí demandados, fue diligente, acertado y acorde con la *lex artis*, por lo que, ante la orfandad probatoria de una negligencia, imprudencia o impericia médica, no es dable considerar a la institución, responsable del daño alegado por los actores, siendo consecuente que se profiera sentencia favorable a los intereses de mi asegurada.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE PRUEBAS QUE ACREDITEN LOS PERJUICIOS SOLICITADOS POR LA PARTE DEMANDANTE EN EL PRESENTE LITIGIO.**

Señor Juez, teniendo en cuenta la inexistencia de los requisitos axiológicos de la responsabilidad civil para este caso, consideró que no es justificable ni sustentable que se reconozca la reparación de ningún perjuicio solicitado por la parte demandante, como quiera que no se encuentran probados hasta este episodio procesal, se tiene que los perjuicios alegados no se han probado ni se tasaron con ajuste a los postulados jurisprudenciales establecidos para el efecto.

En lo que se refiere al daño emergente, como ya se ha dicho anteriormente en esta contestación la parte actora aduce que este perjuicio se ha generado por los tratamientos que necesita el menor para su recuperación, no obstante, en el plenario solo se allegaron recaudos de caja de la Fundación Valle del Lili por consulta externa y toma de exámenes de laboratorio, mas no de tratamientos que algún médico haya ordenado, ni su precio determinado de manera particular, aunado a ello si bien se hicieron unos pagos como consta en los recaudos de caja, no se sabe quién efectuó el pago y queda la incertidumbre de porque no fue la EPS ASMET SALUD a la cual estaba afiliado el menor la que realizó los pagos cuando es una obligación que está a su cargo. Finalmente, pero no menos importante, la parte actora solicita la suma de \$92.000.000 por concepto de este perjuicio, pero de los recaudos que se anexaron no es posible determinar esta cifra altamente exagerada.

Ahora bien en cuanto al perjuicio moral la Corte Suprema de Justicia ha reseñado que el mismo se encuentra encaminado a reparar la congoja, impacto directo, en el estado anímico espiritual y en la estabilidad emocional de la persona que sufrió la lesión y de sus familiares³ con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la relación litigiosa, sin perjuicios de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia, pero en el expediente no reposa prueba alguna que acredite la afectación moral de la víctima ni de sus familiares, además de ello se estima

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004-032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

por valores que a todas luces superan los lineamientos jurisprudenciales, queriendo equipar el valor reconocido por muerte de \$60.000.000 a una lesión, por lo cual no es viable su reconocimiento.

Ante este panorama, solicito al Despacho desatender la pretensión que realiza en este sentido la parte actora, por resultar abiertamente desproporcionada.

- **CASO FORTUITO**

Esta excepción se propone sin perjuicio de las anteriores y sin que ello implique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, toda vez que la ciencia médica al no ser exacta, comporta ciertos riesgos que son inherentes a su práctica, y que en todo caso, obedecen a las condiciones físicas de cada uno de los pacientes, entonces si la atención médica cumple con los protocolos y guías de atención, no es atribuible al acto médico, pues es una situación a todas luces súbita, imprevista e irresistible.

En ese orden de ideas, de llegar a acreditarse durante el decurso procesal respectivo, que en este caso se configuró un evento o situación constitutiva de caso fortuito, la aquí demandada, deberá ser exonerada de cualquier tipo de responsabilidad y/o condena en contra.

Ruego declarar probada esta excepción.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.**

Esta excepción se fundamenta en un hecho que es común denominador de la demanda, cual es la recurrente alusión a perjuicios que no están probados, de manera que, pese a la imposibilidad de prosperidad de las pretensiones indemnizatorias debido a la atipicidad de la demanda presentada y a la adecuada atención que se le brindó de forma profesional a la paciente, de todos modos debe destacarse que ni siquiera en gracia de discusión puede acceder a peticiones como las demandadas, en cuanto constituyen la búsqueda de indemnización de un detrimento no padecido.

Por ende, ruego declarar probada esta excepción.

CAPITULO II

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S A LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS.

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1: Es cierto sólo en cuanto a que mi representada LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, y la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S, se concertaron los contratos de seguro documentados en las Pólizas de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales que se relacionan a continuación: **i)** Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171, con certificado de renovación No. 8, con vigencia desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 y retroactividad desde el 17 de mayo de 2012, **ii)** Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142, vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019 con retroactividad desde el 17 de mayo de 2012. Este contrato de seguro da continuidad a la Póliza de Responsabilidad Civil Clínica y Hospitales No. 1040171 como se indicó en la carátula de la póliza.

Sin embargo, es de aclarar que en las pólizas mencionadas, se concertaron bajo la modalidad de cobertura tipo “CLAIMS MADE” o “de reclamación”, la cual implica que para que dichos contratos de seguro ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”, y (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en la carátula de ambas pólizas.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que, aparentemente los hechos ocurrieron el 23 de mayo de 2017, y el reclamo al asegurado se materializó con la audiencia de conciliación solicitada el día 29 de enero de 2019 y celebrada el día 21 de febrero de 2019 en el Centro de Conciliación Justicia para Todos de Popayán. En ese sentido, el único contrato de seguros que eventualmente podría afectarse en el caso concreto, sería aquel documentado en la Póliza No. 1058142 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019, por cuanto se cumplen con los requisitos de la modalidad de cobertura Claims Made, sin embargo no se ha demostrado la realización del riesgo asegurado, en razón a que no existen pruebas en el expediente, a partir de las cuales se acrediten los

elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, entidad que prodigó al paciente una atención inmediata, oportuna, diligente, perita y plenamente ajustada a la *lex artis*.

En el presente caso, tenemos que el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171 certificado No.8, vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018, no se circunscribe al ámbito temporal anteriormente explicado, razón por la cual no podrá afectarse en el caso particular.

Así mismo, debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2: Es cierto, solo en cuanto a que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínica y Hospitales No. 104071 con certificado No. 8, estaba vigente para la fecha de ocurrencia del hecho, pero dicha póliza fue concertada bajo la modalidad de cobertura tipo Claims Made o *“de reclamación”*, la cual implica que para que dichos contratos de seguro ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza *“o dentro del período de retroactividad pactado”*, y (ii) que *“se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”*, tal y como se pactó en la caratula de dicha póliza.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que, aparentemente los hechos ocurrieron el 23 de mayo de 2017, y el reclamo al asegurado se materializó con la audiencia de conciliación solicitada el día 29 de enero de 2019 y celebrada el día 21 de febrero de 2019 en el Centro de Conciliación Justicia para todos de Popayán, es decir por fuera de la vigencia del referido contrato de seguro No. 1040171, razón por la cual no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora que represento al no cumplirse de manera concomitante con los dos requisitos que se requieren para que ofrezca cobertura este contrato asegurativo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 3: Es cierto que la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S fue demandada en el proceso de la referencia, por una supuesta negligencia y falla en la prestación del servicio de salud brindado al paciente Johan Camilo Sánchez.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 4: Es cierto que se adelantó Audiencia de Conciliación prejudicial en el Centro de Conciliación Justicia para Todos de Popayán los días 11 y 21 de febrero de 2019. No obstante, al respecto es preciso aclarar, que si bien en el caso particular la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 1058142, vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019 al que hace alusión la convocante, estaba vigente para la fecha de solicitud de la conciliación, solo se podría afectar, si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 5: Es cierto solo en cuanto a la transcripción que la parte convocante realiza del “Objeto del Contrato y el Amparo 1.1 Responsabilidad Civil Profesional Médica” de la descripción del alcance de la cobertura de los contratos de seguro con base en los cuales fue llamada en garantía mi representada.

No obstante, debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Adicionalmente, también se debe cumplir de manera simultánea con los presupuestos de la modalidad de cobertura *Claims Made* o “*de reclamación*”, la cual implica que para que

dichos contratos de seguro ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”, y (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en la carátula de ambas pólizas.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 6: No es cierto en la forma que está planteado, en el caso particular no podrían operar de manera simultánea todos los contratos de seguro a los que hace alusión la convocante, toda vez que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171, con certificado de renovación No. 8 con vigencia desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 con retroactividad desde el 17 de mayo de 2012 y la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142, vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019 con retroactividad desde el 17 de mayo de 2012, operan bajo la modalidad de cobertura tipo “claims made” o “de reclamación”, la cual implica que para que los mismos ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o del período de retroactividad pactado”, y (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en la carátula de dicha póliza.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que, aparentemente los hechos ocurrieron el 23 de mayo de 2017, y el reclamo al asegurado se materializó con la audiencia de conciliación solicitada el día 29 de enero de 2019 y celebrada el día 21 de febrero de 2019 en el Centro de Conciliación Justicia para todos de Popayán.

En ese sentido, el único contrato de seguros que eventualmente podría afectarse en el caso concreto, sería aquel documentado en la Póliza No. 1058142 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019, por cuanto se cumple con los requisitos de la modalidad de cobertura Claims Made y no la Póliza de Responsabilidad Civil Clínica y Hospitales No. 104071 con certificado No. 8 vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 como lo indica la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, por cuanto la reclamación estaría por fuera de la cobertura. Sin perjuicio de que no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora que represento, en razón a que no existen pruebas en el expediente, a partir de las cuales se acrediten los elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, entidad que prodigó al paciente una atención inmediata, oportuna, diligente, perita y plenamente ajustada a la lex artis.

Dicho lo anterior, no se podrá afectar bajo ninguna razón la Póliza No. 1040171, vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018, por cuanto en su vigencia no se cumplieron los requisitos que exige la modalidad de cobertura de la Póliza Claims Made descritos anteriormente.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A LA PRETENSION NÚMERO 1: Me opongo rotundamente a que se condene a mi prohijada a responder patrimonialmente, como quiera que la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, cumplió cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales al momento de la atención prodigada al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ y el posterior manejo a su cuadro clínico, garantizando el acceso a un manejo médico continuo, con el lleno de los requisitos y estándares de calidad y de manera oportuna la atención conforme a la sintomatología que presentaba el paciente; sin que sea imputable a la demandada la causa eficiente de las supuestas secuelas; pues reitero, la atención médica prestada se brindó de manera diligente, oportuna y perita, tras su requerimiento del servicio, atención que en todo momento procuró por su bienestar; ello claro está, enmarcado dentro de las obligaciones de medio que tienen los galenos y la misma institución en el tratamiento de sus pacientes, pues no pueden garantizar la cura para sus padecimientos, y sólo les es exigible la diligencia y pericia debida, para que desplieguen todas las conductas y protocolos médicos existentes en la materia.

Como ya se ha argumentado de manera reiterada y suficiente, las pretensiones contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, especialmente porque no existe ningún tipo de obligación en cabeza de la demandada, ya que en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada.

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

Sin perjuicio de lo anterior, me opongo a que se imponga cualquier tipo de condena con base en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171 certificado No. 8 vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 debido a que la misma no ofrece cobertura de ningún tipo en el presente caso, al no cumplirse con los requisitos de la modalidad de cobertura Claims Made, la cual implica que para que dichos contratos de seguro ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”, y (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en la caratula de dicha póliza.

Dicho lo anterior, la única Póliza que podría afectarse en el caso que se declare responsabilidad civil, sería la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019, sin embargo, el despacho deberá tener en cuenta que debe ocurrir el siniestro y a la vez cumplir con los requisitos de la modalidad de cobertura de la póliza Claims Made, para que opere la Póliza en mención, claramente atendiendo lo expresamente estipulado en las condiciones de la referida póliza , en donde se establece su ámbito, extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo y su vigencia, en el hipotético caso que se declare la existencia de responsabilidad civil de la demandada.

III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Como excepciones perentorias propongo las siguientes:

- **INEXISTENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1040171 CERTIFICADO No. 8 VIGENTE DESDE EL 17 DE MAYO DE 2017 HASTA EL 17 DE MAYO DE 2018, TODA VEZ QUE EN EL CASO PARTICULAR NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA “CLAIMS MADE”.**

Sea lo primero indicar al formular esta excepción, que la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 1040171 vigente desde el 17

de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 y con fecha de retroactividad desde el 17 de mayo de 2012, mediante la cual se formuló el Llamamiento en Garantía formulado a LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, opera bajo la modalidad de cobertura denominada "Claims Made", en virtud de la cual se deben cumplir de manera simultánea los siguientes requisitos: (i) Que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que en el caso particular, si bien los hechos ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la audiencia de conciliación solicitada el día 29 de enero de 2019 y celebrada el 21 de febrero de 2019 en el Centro de Conciliación Justicia para Todos de Popayán, es decir por fuera de la vigencia del referido contrato de seguro, razón por la cual no existe a cargo de mi representada obligación de indemnizar, por cuenta de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171 vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 y con fecha de retroactividad desde el 17 de mayo de 2012, pues si bien estuvo vigente para el momento es que se supone ocurrieron los hechos, no lo estuvo **para la fecha en que se hizo la reclamación al asegurado, dejando por fuera de la cobertura, el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.**

Por último, y sin perjuicio de lo inmediatamente explicado, se debe reiterar que los contratos de seguros por los que fue llamada en garantía mi representada, se circunscriben a lo expresamente estipulado en sus condiciones, en donde se establecen su ámbito, extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, su vigencia, y por supuesto que exista responsabilidad civil comprobada, que en el presente caso tampoco ocurrió.

En tal sentido, ruego al señor Juez declarar que los hechos acaecidos se encuentran por fuera de la delimitación temporal de la cobertura de la Póliza No. 1040171 por la que fue vinculada mi representada y por tanto no comprometen a la aseguradora ni generan la obligación de indemnizar.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO, MEDIANTE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142, VIGENTE DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

La Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito *sine qua non* la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato.⁴

En las condiciones generales del contrato de seguro documentado por la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142, suscrito entre la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S y mi representada, se estableció lo siguiente:

“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 presente póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza”.

Como ya se ha argumentado de manera reiterada y suficiente, las pretensiones contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad; especialmente porque no existe ningún tipo de obligación en cabeza de la demandada, ya que en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada.

Dicho lo anterior, en el presente contrato de seguros, es importante indicar que la compañía aseguradora se comprometió a indemnizar por el daño causado por el asegurado por el

⁴ Sentencia 9566 de 22 de julio de 2014, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo

cual este sea legalmente responsable; pero en este caso, se evidencia que tal responsabilidad no se estructuró, pues quienes integran las pasiva de esta acción, no se pueden entender bajo ninguna circunstancia como responsables de las presuntas lesiones y perjuicios que el demandante alega, en la medida que quedo claramente evidenciado que por la gravedad de la fractura producto de un accidente de tránsito que sufrió el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ fue la que produjo las complicaciones posteriores que fueron tratadas por las demandadas en esta acción, y no por una mala praxis o negligencia en la prestación del servicio de salud como lo pretende indicar la parte accionante.

Entonces, si bien una de las obligaciones que tiene el asegurador al suscribir un contrato de seguro es el pago de la indemnización, es imprescindible tener en cuenta que, por ser una obligación condicional, efectivamente se debe haber realizado el riesgo asegurado.

Al respecto y en aras de aclarar al Despacho sobre lo pactado entre las partes procedo a citar el siguiente aparte del clausulado del contrato de seguro:

“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 ocurridos durante la vigencia de la póliza o en el período 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”.

En el presente caso, no se puede confundir las complicaciones médicas sufridas por JOHAN CAMILO SANCHEZ con la realización del riesgo asegurado, pues como se pactó en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142, solo habrá lugar a la indemnización cuando se encuentre manifiestamente responsable al asegurado, y para ello el demandante debió acreditar que los presuntos perjuicios sufridos por el menor, ocurrieron exclusivamente por las actuaciones de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S amparada por el contrato de seguro en mención. Por lo que, en este caso, mi representada no se encuentra obligada a indemnizar a la parte demandante.

Por lo expuesto, sírvase señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES PACTADOS EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA**

**RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142 VIGENTE
DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

Pese a la ausencia de fundamento de la acción, la carencia de los derechos invocados por la parte actora y por la no realización del riesgo asegurado, en gracia de discusión y sin que ello signifique el reconocimiento de obligación alguna a cargo de mi representada, cabe mencionar que en el remoto evento de que prosperaran una o algunas de las pretensiones del escrito de la demanda, se destaca que en los contratos de seguro, se estipularon las condiciones, los límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, etc., de manera que exclusivamente son estos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento, incluso y sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad, que pido declarar en el fallo.

Debe señalarse que todo pronunciamiento que se haga en virtud de la existencia de un contrato de seguro debe sujetarse inexorablemente al tenor literal del mismo, toda vez que es este el documento donde quedó plasmada la voluntad de los contratantes y la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1056 de la normativa comercial que consagra:

“Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”

Por lo tanto, todo pronunciamiento se debe ceñir al condicionado particular y general del contrato de seguro ya que, como lo dijo la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia:

“(…) son la columna vertebral de la relación aseguraría y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo

asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar”

Por lo tanto, son las condiciones de la póliza las que enmarcan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo enunciado en tales condiciones generales y particulares del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador, (la de indemnizar), una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045,1536 y 1054 ibídem).

De otro lado, es necesario resaltar que conforme a las condiciones particulares correspondientes a la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142 que sirvió como fundamento a la convocatoria de mi representada, quedaron debidamente pactadas las siguientes coberturas y límites:

“AMPAROS CONTRATADOS

AMPARO	VALOR ASEGURADO
<i>1. Uso de equipos de diagnóstico y terapia</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>2. Errores u omisiones profesionales</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>4. Pago de causaciones, fianzas y costas</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>5. Cobertura R.C Clínicas y Hospitales</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>6. Predios, labores y operaciones</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>7. Gastos médicos</i>	
<i>Límite agregado anual</i>	<i>\$ 50.000.000.00</i>
<i>Límite por evento o persona</i>	<i>\$ 10.000.000.00</i>
<i>9. Daños Extrapatrimoniales</i>	<i>\$ 300.000.000.00</i>
<i>10. Gastos Judiciales</i>	
<i>Límite agregado anual</i>	<i>\$ 150.000.000.00</i>
<i>Límite por evento o persona</i>	<i>\$ 20.000.000.00”</i>

También, debe tenerse en cuenta que, en las condiciones particulares del referido certificado, que hacen parte integral del contrato de seguro, base “Claims Made” encontramos los límites a la suma asegurada, que a la letra dice:

“4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad, asumido por PREVISORA al producirse el evento amparado, será el que se encuentra estipulado en la carátula de la presente póliza.

Si se presentaren varias reclamaciones contra el asegurado durante la vigencia de la póliza, la responsabilidad máxima de PREVISORA, por ningún motivo podrá exceder, los límites globales indicados en la carátula de la presente póliza.

Cuando en una cláusula o amparo adicional se estipule un sublímite por persona o por evento o por vigencia, tal sublímite será el límite máximo de indemnización que le aplique a dicha cobertura, la cual hará parte del límite asegurado global de la póliza.

Este límite asegurado se reducirá en igual cantidad del monto indemnizado y no habrá restablecimiento automático del valor asegurado.

Límite Agregado Anual de Cobertura: Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos a consecuencia de distintos servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o eventos, 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 el cual comprende los valores indicados de manera individual para cada cobertura”.

Téngase en cuenta que expresamente en la póliza, se estipuló el límite de la cobertura de Responsabilidad Civil para hechos amparados por el contrato y en este punto impera el precepto del Art. 1079 del C. de Co., conforme al cual el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas.

Adicionalmente, en el hipotético caso que se establezca responsabilidad civil en cabeza de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S., y eventualmente se condene a la misma a reconocer los perjuicios alegados por los demandantes, debe tenerse en cuenta, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a las condiciones de la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la demostración (por parte del beneficiario) del perjuicio alegado y su cuantía, siempre y cuando no se configure una causal legal o convencional de inoperancia del contrato de seguro.

Respetuosamente, solicito declarar probada esta excepción.

- **SUBLÍMITE DEL RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES PACTADO EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTANDO EN LA PÓLIZA DE**

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142
VIGENTE DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

Es necesario indicar que, en materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., "... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados ...", por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co)

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (art. 1056 y 1127 del C.CO), se infiere lógicamente la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no solo a la relación riesgo- causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo- efecto, es decir , que resulta valido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

Tratándose de seguros de responsabilidad, para que nazca la obligación del asegurador de indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, dicha obligación ha de estar expresamente estipulada en el respectivo contrato. Para este caso, en la Póliza No. 1058142, se indicó referente a los sublímites lo siguiente:

"Sublímites

3. Perjuicios Extrapatrimoniales, sublímitado a \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza".

Dicho lo anterior, el despacho deberá tener en cuenta el sublímite pactado por las partes del contrato aseguratorio, respecto del valor de la suma máxima que podrá ser reconocida por perjuicios extrapatrimoniales, sin que en ningún momento esta sea sobrepasada.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142 VIGENTE DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

Se propone la presente excepción, indicando que el deducible fue definido en las condiciones generales de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1058142, así:

“6. CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto o porcentaje pactado como deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza”.

Ahora bien, en las condiciones particulares de la póliza de Responsabilidad Civil No. 1058142 se estipuló lo siguiente:

“AMPAROS CONTRATADOS

AMPARO	VALOR ASEGURADO
1. <i>Uso de equipos de diagnóstico y terapia</i>	\$1.000.000.000.00
2. <i>Errores u omisiones profesionales</i>	\$1.000.000.000.00
4. <i>Pago de causaciones, fianzas y costas</i>	\$1.000.000.000.00
5. <i>Cobertura R.C Clínicas y Hospitales</i>	\$1.000.000.000.00
Deducible: 12.00% del valor de la pérdida Mínimo 15.000.000.00	
6. <i>Predios, labores y operaciones</i>	\$1.000.000.000.00
7. <i>Gastos médicos</i>	
<i>Límite agregado anual</i>	\$ 50.000.000.00
<i>Límite por evento o persona</i>	\$ 10.000.000.00
9. <i>Daños Extrapatrimoniales</i>	\$ 300.000.000.00
Deducible: 12.00% del valor de la pérdida Mínimo 15.000.000.00	
10. <i>Gastos Judiciales</i>	
<i>Límite agregado anual</i>	\$ 150.000.000.00
<i>Límite por evento o persona</i>	\$ 20.000.000.00”

Es así como en el caso de una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, se deberá tener en cuenta esta porción que de la pérdida deberá asumir el asegurado, según lo establecido en la Póliza No. 1058142 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **LAS EXCLUSIONES DE AMPARO EXPRESAMENTE PREVISTAS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142 VIGENTE DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

Se propone esta excepción, toda vez que en las condiciones particulares de la Póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142 se establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella; en efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo.

Ahora bien, tal como lo señala el artículo 1056 del código de comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

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

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

En consecuencia, de hallarse configurada, según la prueba recaudada, al menos una de las exclusiones consignadas en las condiciones generales o particulares de la póliza, no

habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

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

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA**

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

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

- **GENÉRICA O INNOMINADA**

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

IV. OPOSICIÓN A LAS PRUEBA PERICIAL SOLICITADA POR LA PARTE ACTORA

Me opongo desde ya a la prueba pericial solicitada ante la Universidad CES de Medellín, como quiera que el apoderado judicial de la parte demandante debió haber allegado el dictamen pericial con la demanda o solicitar plazo para presentarlo, conforme lo dispone el artículo 227 del Código General del Proceso.

V. MEDIOS DE PRUEBA

- **DOCUMENTALES**

De conformidad con el artículo 243 y siguientes del Código General del Proceso, respetuosamente solicito que sean tenidas en cuenta las siguientes pruebas documentales:

1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 1040171, con certificado no. 8 vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018, su carátula, condicionado general y particular y anexos que de ella son parte integral, en la que obra como asegurado la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.
2. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No.1058142, certificado No. 0 y No. 1 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019, su carátula, condicionado general y particular y anexos que de ella son parte integral, en la que obra como asegurado la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.

Los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

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

- **TESTIMONIALES**

Respetuosamente solicito a este Despacho decretar el testimonio de la Dra. JINNETH HERNANDEZ GALINDO, mayor de edad y vecina de Cali, quien podrá ser citarse en la Calle 4 No. 75-71 Apto.515, Torre 4, Conjunto Bocana Real, en la ciudad de Cali, abogada asesora externa de la PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS. Este testimonio es conducente, pertinente y útil ya que puede ilustrar al Despacho sobre la manera en la que opera la modalidad de cobertura denominada “ CLAIMS MADE”, la manera en la que operan los amparos, y en que se aplican las condiciones generales y particulares que son parte de los contratos de seguros en virtud de los cuales se realizó el llamamiento en garantía y en general para que deponga sobre todas las pólizas en virtud de las cuales se formuló la presente convocatoria a mi representada.

- **INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES, INTERROGATORIOS DE PARTE Y TESTIMONIOS.**

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

Me reservo el derecho de interrogar a los testigos solicitados por la parte demandante, especialmente al Dr. Fausto Alonso Díaz Granados Suarez.

- **RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PROVENIENTES DE TERCEROS**

El artículo 262 del Código General del Proceso faculta a las partes dentro de un proceso para que, si a bien lo tienen, soliciten la ratificación de los documentos provenientes de terceros aportados por la parte contraria. Vale la pena resaltar que esta disposición establece una clara consecuencia jurídica ante el evento en que una parte solicite la ratificación del documento y ello no se lleve a cabo:

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

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

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

- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003024361 del 04 de noviembre de 2017 por valor de \$ 9.751, por concepto de hospitalización.

- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003032500 del 10 de noviembre de 2017 por valor de \$ 133.858, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003068741 del 02 de diciembre de 2017 por valor de \$ 93.300, por concepto de imágenes diagnósticas.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003068630 del 02 de diciembre de 2017 por valor de \$ 153.100, por concepto de copago laboratorio clínico.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003103378 del 26 de diciembre de 2017 por valor de \$ 165.200, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003103357 del 26 de diciembre de 2017 por valor de \$ 78.259, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003108598 del 02 de enero de 2018 por valor de \$ 57.933, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003118540 del 10 de enero de 2018 por valor de \$ 61.052, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003131096 del 17 de enero de 2018 por valor de \$ 82.125, por concepto de anticipo consulta externa. (no tiene sello de recibido)
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003144190 del 24 de enero de 2017 por valor de \$ 61.264, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003155187 del 30 de enero de 2018 por valor de \$ 65.063, por concepto de anticipo consulta externa. (no tiene sello)
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No.10030207471 del 28 de febrero de 2018 por valor de \$ 172.000, por concepto de copago y anticipo de consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003288090 del 17 de abril de 2018 por valor de \$ 159.300, por concepto de anticipo laboratorio clínico.

Por lo anterior, solicito se cite a las personas que como terceros suscribieron los documentos aportados por la parte demandante, a fin de que se sirvan reconocer el contenido de los mismos.

De acuerdo con lo expuesto, respetuosamente solicito al Honorable Juez proceder de conformidad.

VI. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.

VII. NOTIFICACIONES

A la parte actora y a la convocante, en las direcciones consignadas en los escritos de demanda y de contestación de la misma.

A mí representada, LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, en la Calle 57 # 9-07 de la ciudad de Bogotá.

A la suscrita en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 Centro Empresarial Chipichape de la ciudad de Cali y a los correos electrónicos notificaciones@gha.com.co y clopez@gha.com.co

Cordialmente,



CAROLINA LÓPEZ HURTADO
C.C No. 1.061.783.442 de Popayán.
T.P 325.537 del C. S de la J.

PÓLIZA N°

1040171

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

PREVISORA

SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 29 MES 6 AÑO 2017			CERTIFICADO DE RENOVACION			N° CERTIFICADO 8			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO
TOMADOR 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.						DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA						NIT 805.027.743-1			TELÉFONO 5141810
ASEGURADO 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.						DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA						NIT 805.027.743-1			TELÉFONO 5141810
EMITIDO EN BOGOTA				CENTRO OPER		SUC.		EXPEDICIÓN			VIGENCIA				NÚMERO DE DÍAS
MONEDA Pesos								DÍA MES AÑO			DESDE		HASTA		
TIPO CAMBIO 1.00				3202		32		29 6 2017			17 5 2017		00:00		365
CARGAR A: DUMIÁN MEDICAL S.A.S									FORMA DE PAGO 4. CONTADO - 30			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 1,000,000,000.00			

Riesgo: 1 -
KR 36 A 6 42, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	1,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSACIONES, FIANZAS Y COSTAS	1,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	1,000,000,000.00	SI	35,000,000.00
Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		50,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		10,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		150,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		20,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO				

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 6665200008	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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$***35,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***6,650,000.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$**41,650,000.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 076 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2016, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No 2509 DE 1985.

03/11/2017 09:33:55

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN			INTERMEDIARIOS					
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				1065	1	MDM ASESORES DE SEGURO	15.00	5,250,000.00

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1040171 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE RENUEVA LA POLIZA ARRIBA CITADA, A SOLICITUD DEL ASEGURADO POR INTERMEDIO DE MDM Y SEGUN CONDICIONES ADJUNTAS.

RAMO:.....RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR:.....DUMIAN MEDICAL S.A.S. NIT:805.027.743-1

DIRECCIÓN:.....CARRERA 36 A NO. 6-42

ASEGURADOS.....DUMIAN MEDICAL S.A.S. NIT:805.027.743-1

DIRECCIÓN:.....CARRERA 36 A NO. 6-42

BENEFICIARIOS:...USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD:.....CALI - VALLE DEL CAUCA

VIGENCIA:.....DESDE EL 17/05/2017 HASTA 17/05/2018

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: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

RETROACTIVIDAD: 17 de Mayo de 2012, Inicio de la primera póliza suscrita con Previsora sin que existan periodos de interrupción.
17 de Mayo de 2016 Para \$200.000.000 en exceso de \$800.000.000.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$1.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 3.5% + IVA

DEDUCIBLES:

- 1.Gastos médicos: Sin deducible
- 2.Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
- 3.Demás amparos: 12% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

SUBLÍMITES

- 1.Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$20.000.000 por evento y \$150.000.000 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 \$10.000.000 por evento y \$50.000.000 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 \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Texto Continua en Hojas de Anexos...



**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1040171 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

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 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 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 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:

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1040171 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

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.
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.
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1040171 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: RENOVACION

8

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.

O.S.170.

PÓLIZA N°

1058142

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

PREVISORA

SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE			N° CERTIFICADO			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P.																														
DÍA	MES	AÑO	EXPEDICION			0									NO																														
TOMADOR			2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.									NIT			805.027.743-1																														
DIRECCIÓN			CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO			5141810																														
ASEGURADO			2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.									NIT			805.027.743-1																														
DIRECCIÓN			CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA									TELÉFONO			5141810																														
EMITIDO EN			BOGOTA			CENTRO OPER			SUC.			EXPEDICIÓN			VIGENCIA			NÚMERO DE DÍAS																											
MONEDA			Pesos			DÍA			MES			AÑO			DÍA			MES			AÑO			A LAS																					
TIPO CAMBIO			1.00			3202			32			21			6			2018			19			6			2018			00:00			19			6			2019			00:00			365
CARGAR A: DUMIÁN MEDICAL S.A.S									FORMA DE PAGO						VALOR ASEGURADO TOTAL																														
									4. CONTADO - 30						\$ 1,000,000,000.00																														

Riesgo: 1 -
KR 36 A 6 42, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	1,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	1,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	1,000,000,000.00	SI	37,000,000.00
Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		50,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		10,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$ NINGUNO				
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
LIMITE AGREGADO ANUAL		150,000,000.00		
LIMITE POR EVENTO O PERSONA		20,000,000.00		
Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES Mínimo 0.00 SMMLV NINGUNO				

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 6665200008	100.000 % NO APLICA

RCP-006-5 - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA I

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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$***37,000,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$***7,030,000.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$**44,030,000.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 076 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2016, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No 2509 DE 1985.

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.

19/10/2018 08:56:06

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS				
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
				1065	1	MDM ASESORES DE SEGURO	12.00	4,440,000.00

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE EXPIDE LA POLIZA ARRIBA CITADA, A SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN CONDICIONES ADJUNTAS.

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

TOMADOR: DUMIAN MEDICAL S.A.S. NIT:8050277431

DIRECCIÓN: CARRERA 36 A NO. 6-42

ASEGURADOS: DUMIAN MEDICAL S.A.S. NIT:8050277431

DIRECCIÓN: CARRERA 36 A NO. 6-42

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: CALI - VALLE DEL CAUCA

VIGENCIA: DESDE EL 19/06/2018 HASTA EL 19/06/2019

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: 17 de Mayo de 2012, Inicio de la primera póliza suscrita con Previsora sin que existan periodos de interrupción.
17 de Mayo de 2016 Para \$200.000.000 en exceso de \$800.000.000.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LIMITE ASEGURADO: \$1.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 3.7% + IVA

DEDUCIBLES:

- 1.Gastos médicos: Sin deducible
- 2.Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
- 3.Demás amparos: 12% del valor de la pérdida, mínimo \$15.000.000

SUBLÍMITES

- 1.Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a \$20.000.000 por evento y \$150.000.000 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 \$10.000.00 por evento y \$50.000.000 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 \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

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 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 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 "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:

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

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.
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.
- Texto Continua en Hojas de Anexos...

**HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: EXPEDICION

0

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.

PÓLIZA N°

1058142

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

PREVISORA

SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA 29 MES 6 AÑO 2018			CERTIFICADO DE MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA			N° CERTIFICADO 1			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P. NO	
TOMADOR 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.			DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA			NIT 805.027.743-1			TELÉFONO 5141810							
ASEGURADO 2726366-DUMIAN MEDICAL S.A.S.			DIRECCIÓN CARRERA 36 A NO. 6-42, CALI, VALLE DEL CAUCA			NIT 805.027.743-1			TELÉFONO 5141810							
EMITIDO EN BOGOTA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DÍA MES AÑO A LAS						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA Pesos			3202	32	29 6 2018			19 6		2018 00:00		19 6		2019 00:00		365
TIPO CAMBIO 1.00									FORMA DE PAGO 4. CONTADO - 30			VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 0.00				

Riesgo: 1 -
KR 36 A 6 42, CALI, VALLE DEL CAUCA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	1,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	1,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	1,000,000,000.00	NO	0.00
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	1,000,000,000.00	SI	0.00
6	Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	1,000,000,000.00	NO	0.00
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	50,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	10,000,000.00		
9	DANOS EXTRAPATRIMONIALES	300,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 12.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA Mínimo 15,000,000.00 \$		NINGUNO	
10	GASTOS JUDICIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	150,000,000.00		
	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 6665200008	100.000 % NO APLICA

RCP-006-5 - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA I

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 EXTEMPORANEAMENTE.

PRIMA	\$*****0.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$*****0.00
AJUSTE AL PESO	\$*****0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	\$*****0.00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 076 DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2016. LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No 2509 DE 1985.

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.

19/10/2018 08:56:16

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	% COMISIÓN
				1065	1	MDM ASESORES DE SEGURO	

**HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1058142 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE**

CERTIFICADO DE: MODIFICACION SIN MOVIMIENTO DE PRIMA

1

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE ACLARA QUE SE LE DA CONTINUIDAD A LA POLIZA RC CH No. 1040171
LOS DEMÁS TÉRMINOS Y/O CONDICIONES NO MODIFICADOS EN EL PRESENTE CERTIFICADO CONTINÚAN VIGENTE

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-005



CONDICIONES GENERALES

PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, DENOMINADA EN ADELANTE PREVISORA Y EL TOMADOR, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE EL TOMADOR HA HECHO EN LA SOLICITUD, HAN CONVENIDO EN CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO, CONFORME LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DETALLAN EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL Y CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE CONSIGNEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS ANEXOS Y/O ENDOSOS.

TODOS Y CADA UNO DE LOS AMPAROS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE EXPIDEN BAJO LA MODALIDAD DE DELIMITACIÓN TEMPORAL DE COBERTURA DENOMINADO POR RECLAMACIÓN, CON ARREGLO A LO CONSIGNADO EN EL PRIMER INCISO DEL ARTÍCULO 4º. DE LA LEY 389 DE 1997.

LOS TÉRMINOS Y/O PALABRAS QUE SE ENCUENTRAN EN NEGRILLA A LO LARGO DE LA PÓLIZA ESTÁN DEFINIDOS BIEN DENTRO DEL TEXTO QUE DESCRIBE CADA COBERTURA O EN LA CLÁUSULA TERCERA (DEFINICIONES) DE ESTA PÓLIZA Y DEBEN SER ENTENDIDAS DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN.

LOS TÍTULOS Y SUBTÍTULOS QUE SE UTILIZAN A CONTINUACIÓN SON EstrictAMENTE ENUNCIATIVOS Y POR LO TANTO DEBEN SER INTERPRETADOS DE ACUERDO AL TEXTO QUE LOS ACOMPAÑA.

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

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

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

- a) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, RECONOCERÁ AL ASEGURADO HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE ESTE INCURRA, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES DEL ASEGURADO, REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, EXCLUSIONES Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EL LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO, CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES, TODOS ELLOS LEGALMENTE HABILITADOS E INTERVINIENTES EN LA PRESTACIÓN DE

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-005



SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

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 CON LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

- 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 QUE HAYAN SIDO ATENDIDAS POR ESTE SERVICIO, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- a) PREVISORA RECONOCERÁ HASTA EL (LOS) LÍMITE (S) DE EL (LOS) VALOR (ES) ASEGURADO (S) INDICADO (S) EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CONDICIONES PARTICULARES, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE LEGALMENTE INCURRA EL ASEGURADO CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO DIFERENTE A UNA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE RETROACTIVIDAD PACTADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y QUE OCASIONE 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 DE SALUD PROPIAS DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.
- b) IGUALMENTE PREVISORA SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO POR LESIONES CORPORALES CAUSADAS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD DE SALUD 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 SIEMPRE QUE DICHA RESPONSABILIDAD SEA RECLAMADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DENTRO DEL PERIODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES EN CASO DE QUE EL MISMO FUERE ADQUIRIDO.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-005



1.3 GASTOS DE DEFENSA

1.3.1 ALCANCE DEL AMPARO

PREVISORA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS Y DEFINICIONES DE ESTA PÓLIZA, PAGARÁ LOS GASTOS Y COSTOS EN QUE RAZONABLEMENTE SE INCURRA PARA LA DEFENSA DEL ASEGURADO FRENTE A RECLAMACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES, HASTA POR EL LÍMITE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO DICHOS GASTOS Y COSTOS FUEREN PREVIAMENTE APROBADOS POR PREVISORA, SIN QUE DICHO RECONOCIMIENTO IMPLIQUE ACEPTACIÓN DE COBERTURA RESPECTO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.

1.3.2 PROCEDIMIENTO PARA PAGO

PARA LOS PROCESOS PENALES, LOS GASTOS Y COSTOS JUDICIALES INCURRIDOS, TENDRÁN COBERTURA A PARTIR DE LA CITACIÓN A AUDIENCIA DE FORMULACIÓN DE IMPUTACIÓN, Y SE PAGARÁN POR REEMBOLSO UNA VEZ SEA PROFERIDA SENTENCIA DEFINITIVA O FALLO QUE FINALICE EL PROCESO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO: (i) HUBIERE SOLICITADO AUTORIZACIÓN PREVIA A PREVISORA PARA INCURRIR EN DICHOS GASTOS Y ESTOS HAYAN SIDO AUTORIZADOS POR ESCRITO, Y (ii) FUERE DECLARADO INOCENTE O EL DELITO POR EL CUAL FUERE SENTENCIADO NO CORRESPONDA A UN HECHO DOLOSO.

EN LOS DEMÁS CASOS LOS GASTOS DE DEFENSA SE RECONOCERÁN Y PAGARÁN AL MOMENTO DE SU APROBACIÓN POR PREVISORA, HASTA EL MONTO AUTORIZADO DE LOS MISMOS, APROBACIÓN QUE DEBERÁ SURTIRSE EN TODOS LOS CASOS DE FORMA PREVIA A CUALQUIER ACUERDO QUE REALICE EL ASEGURADO CON SU ABOGADO.

1.3.3 OTROS COSTOS DE PROCESOS QUE PROMUEVA LA VÍCTIMA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE PREVISORA

PREVISORA RESPONDERÁ, ADEMÁS, AÚN EN EXCESO DE LA SUMA ASEGURADA POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN CONTRA DEL ASEGURADO, SALVO QUE LA RESPONSABILIDAD SE ENCUENTRE EXCLUIDA DE LA PRESENTE PÓLIZA O PROVENGA DE DOLO DEL ASEGURADO, O CUANDO EL ASEGURADO AFRONTE EL PROCESO CONTRADIENDO ORDEN EXPRESA DE PREVISORA. EN EL CASO DE SER CONDENADO EL ASEGURADO A PAGAR UNA INDEMNIZACIÓN A LA VÍCTIMA EN CANTIDAD SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA, LOS GASTOS Y COSTAS DEL PROCESO CORRERÁN POR PREVISORA ÚNICAMENTE EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA POR LA CONDENA EN FUNCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

1.3.4 COSTOS DE CAUCIONES

PREVISORA RECONOCERÁ LOS GASTOS Y/O COSTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES QUE SEAN EXIGIDAS POR LAS AUTORIDADES O SEAN NECESARIAS PARA EJERCITAR DERECHOS DENTRO DE PROCEDIMIENTOS JUDICIALES INICIADOS COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DAÑOSOS DE LOS QUE PUEDAN DAR LUGAR A UNA RESPONSABILIDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-005



LA CONTRATACIÓN DE ESTA COBERTURA NO IMPLICA EN NINGÚN CASO LA OBLIGACIÓN PARA PREVISORA DE OTORGAR LA CAUCIÓN CORRESPONDIENTE.

EN TODOS LOS CASOS, LOS COSTOS DE CAUCIONES SÓLO SE RECONOCERÁN EN LA MEDIDA EN QUE DICHOS CONCEPTOS HUBIEREN SIDO PREVIA Y EXPRESAMENTE AUTORIZADOS POR PREVISORA. EL RECONOCIMIENTO DE DICHOS COSTOS SE REALIZARÁ EN LA FORMA EN QUE SE CONVENGA AL MOMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LOS MISMOS.

1.4 PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

LA RESPONSABILIDAD POR PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

1.5 PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES

EL PERÍODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES DARÁ EL DERECHO AL ASEGURADO A EXTENDER, HASTA UN PERÍODO MÁXIMO DE DOS (2) AÑOS CONTADOS DESDE EL VENCIMIENTO O TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES QUE SE RECIBAN O SE FORMULEN POR PRIMERA VEZ CONTRA EL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y EXCLUSIVAMENTE RESPECTO DE PERJUICIOS CAUSADOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, INCLUYENDO EL PERÍODO DE RETROACTIVIDAD QUE HUBIERE SIDO EXPRESAMENTE PACTADO Y OTORGADO.

EL AMPARO 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 CONTRATADOS EN EL ÚLTIMO PERÍODO DE LA PÓLIZA, SON LOS MISMOS QUE REGISTRARÁN PARA EL AMPARO DEL PERÍODO EXTENDIDO DE RECLAMACIONES, ES DECIR, DICHO AMPARO NO ALTERARÁ EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO ACORDADO EN LA PÓLIZA, NI EL ALCANCE, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS.

EL ASEGURADO ESTARÁ FACULTADO PARA CONTRATAR ESTA COBERTURA EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO, BIEN SEA POR SU DECISIÓN O POR LA DE PREVISORA, CON EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL QUE SE ESTABLEZCA PARA EL EFECTO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ANEXAS A LA MISMA Y CON SUJECCIÓN A LOS DEMÁS TÉRMINOS ESTIPULADOS EN ESTA CLÁUSULA, SALVO EN CASO DE TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO, DEBIDO A FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

ES CONDICIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA, EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO POR PARTE DEL ASEGURADO, QUE LA MISMA SEA SOLICITADA POR ESCRITO DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES ANTERIORES A LA FECHA DE TERMINACIÓN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-005



DE IGUAL FORMA, EN EL EVENTO QUE EL CONTRATO SEA REVOCADO O NO RENOVADO POR PREVISORA, ESTA EXTENSIÓN DEBERÁ SER SOLICITADA DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE AVISO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN.

CUMPLIDAS TODAS LAS CONDICIONES ANTERIORES CONTENIDAS EN ESTE NUMERAL, PREVISORA:

- NO PODRÁ NEGARSE A OTORGAR EL AMPARO Y EMITIR EL ANEXO Y/O CERTIFICADO RESPECTIVO.
- NO PODRÁ CANCELARLO UNA VEZ EMITIDO.
- MANTENDRÁ VIGENTE EL AMPARO 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 LIBERADO DE SU OBLIGACIÓN DE OTORGARLO.

A FIN DE CALCULAR LA PRIMA POR EL AMPARO PARA LA EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMACIONES, PREVISORA UTILIZARÁ LAS TARIFAS Y CONDICIONES EXISTENTES AL MOMENTO DE SOLICITUD DEL MISMO POR PARTE DEL ASEGURADO.

IGUALMENTE, PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, SI EL ASEGURADO OPTARE POR LA NO CONTRATACIÓN DEL PERIODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO O PIERDE EL DERECHO PARA HACERLO, PREVISORA QUEDARÁ LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A RECLAMACIONES NO INICIADAS EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA; LUEGO DEL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA ÚLTIMA PÓLIZA NO RENOVADA, SEA CUAL FUERE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL HECHO GENERADOR DEL RECLAMO DENTRO DE LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS PARA EL EFECTO, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EN CASO DE QUE EL TOMADOR, ESTANDO VIGENTE EL PERIODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES, CONTRATASE OTRA PÓLIZA DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA, SEA CON PREVISORA O CUALQUIER OTRA ASEGURADORA, LA COBERTURA BRINDADA POR DICHO PERIODO EXTENDIDO PARA RECLAMACIONES OPERARÁ SIEMPRE EN EXCESO DE DICHA OTRA PÓLIZA.

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA RECLAMACIONES Y/O INDEMNIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LOS DIRECTORES Y/O ADMINISTRADORES, ESTO ES LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO REPRESENTANTES LEGALES, EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
2. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/U ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-005



3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 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 LOS PACIENTES.
4. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES 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, SIEMPRE QUE LA UTILIZACIÓN DE LOS MISMOS REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES 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 HUBIERE SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HUBIERE EXPIRADO, O NO HUBIERE SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
6. EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
7. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 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. EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.
8. 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.
9. LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
10. 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.
11. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS Y/O ASISTENTES, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESEN 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

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**



RCP-006-005

HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES.

12. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CONTROL DE PESO QUE INCLUYAN LA PRESCRIPCIÓN DE DROGAS Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS TALES COMO GASTROPLASTÍA TRANSVERSAL, "BY-PASS" INTESTINAL, LIPOASPIRACIÓN O LIPOESCULTURA CON EXCEPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS QUE SE HAYAN PRACTICADO COMO RESULTADO DE UNA TUTELA.
13. 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.
14. SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, Y/O CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
15. 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.
16. CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
17. CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
18. TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A LOS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O TRATAMIENTOS CUANDO LOS EMPLEADOS Y/O FUNCIONARIOS Y/O ASISTENTES Y/O CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD DEL ASEGURADO, SABEN O DEBERÍAN SABER QUE SON PORTADORES 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.
19. 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 LA PÓLIZA.
20. TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-005



21. DAÑOS ORIGINADOS POR UNA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DEL AGUA, AIRE, SUELO, SUBSUELO, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
22. DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA, CONTROL O TENENCIA 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.
23. 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.
24. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
25. DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES PERSONALES CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO O VINCULADOS A TRAVÉS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS U OTRA MODALIDAD.
26. DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
27. LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
28. 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.
29. 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.
30. EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS, ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
31. HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
32. CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-005



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.
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.
35. PRESTACIÓN DE SERVICIOS O EVENTOS OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
36. CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
37. 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.
38. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES OCURRIDA FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
39. RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y/O CONDICIONES PARTICULARES, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LOS PACIENTES PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
40. 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.
41. CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
42. VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.
43. QUE EL ASEGURADO Y/O LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE CUALQUIER CLASE, ENFERMERAS, EMPLEADOS O AUXILIARES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O APRENDIZAJE, OMITAN O NO REALICEN EN FORMA ADECUADA O INCUMPLAN O DEJEN DE APLICAR LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS O PROTOCOLOS QUE RIGEN EL DILIGENCIAMIENTO MANEJO, REGISTRO ADECUADO, TRATAMIENTO, CONTROL, Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y EN GENERAL QUE VULNEREN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA AL RESPECTO PRINCIPALMENTE PERO NO

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-005



LIMITADO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 POR LA CUAL SE ESTABLECEN NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA Y TODA NORMA QUE LA COMPLEMENTE, MODIFIQUE O REEMPLACE.

44. LA NO CONSERVACIÓN EN PERFECTAS CONDICIONES DE MANTENIMIENTO TANTO PREVENTIVO COMO CORRECTIVO, O CUANDO NO SE TOMEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD QUE CORRESPONDEN PARA EL ADECUADO USO DE TODOS LOS EQUIPOS MÉDICOS REQUERIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE PACIENTES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE ARTE, LAS BUENAS PRÁCTICAS, LOS REGLAMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APLICABLES, ASÍ COMO LAS CONDICIONES QUE HAYAN PODIDO ESTABLECER LOS FABRICANTES CUANDO A ELLO HAYA LUGAR.

3 CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

- a) Asegurado: Es el establecimiento médico asistencial que presta el servicio médico de salud, 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. Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.
- b) Beneficiario: Persona natural que tiene derecho a recibir la indemnización, en su calidad de paciente y/o esté legalmente legitimado para reclamar un perjuicio, derivado del daño ocasionado al paciente.
- c) 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.
- d) Servicios Profesionales en la atención de la Salud de los pacientes: Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria y constituyen un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de los pacientes. Dichos servicios contemplan el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, la prevención de los males y la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.
- e) Daños Materiales: Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- f) Lesiones Corporales: Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- g) Costas, Gastos, Intereses y Honorarios: Los intereses moratorios, las costas, gastos y honorarios incurridos por el ASEGURADO 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.
- h) Fecha de Retroactividad: Fecha a partir de la cual se entenderán amparadas las prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Eventos, esta corresponderá a la fecha que se pacte de común acuerdo entre el asegurado y PREVISORA, en caso contrario corresponderá a la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza contratada por el asegurado sin que existan periodos de interrupción.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN

RCP-006-005



- i) Indemnización: Pago efectuado según lo estipulado en la póliza de seguro, por concepto de daños y/o perjuicios amparados por la presente póliza, la cual no puede superar el importe del límite de valor asegurado (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- j) Paciente: Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios de salud y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos, diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- k) Reclamo: Cualquier acción judicial o extrajudicial, realizada contra el asegurado o su Asegurador, efectuado por primera vez durante la vigencia de la póliza o en el periodo de retroactividad otorgado, como consecuencia de un perjuicio causado por éste, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por una prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o evento.

Todas las Reclamaciones derivadas de la misma prestación del servicio de salud o Evento efectuadas a una o varias personas, se considerarán como una sola Reclamación, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las Reclamaciones haya sido presentada.

Así mismo, la serie de prestaciones de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes o Evento que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia o situación se considerarán una sola Reclamación, sin importar el número de reclamantes y/o Reclamaciones formuladas, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad.

4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad, asumido por PREVISORA al producirse el evento amparado, será el que se encuentra estipulado en la carátula de la presente póliza.

Si se presentaren varias reclamaciones contra el asegurado durante la vigencia de la póliza, la responsabilidad máxima de PREVISORA, por ningún motivo podrá exceder, los límites globales indicados en la carátula de la presente póliza.

Cuando en una cláusula o amparo adicional se estipule un sublímite por persona o por evento o por vigencia, tal sublímite será el límite máximo de indemnización que le aplique a dicha cobertura, la cual hará parte del límite asegurado global de la póliza.

Este límite asegurado se reducirá en igual cantidad del monto indemnizado y no habrá restablecimiento automático del valor asegurado.

Límite Agregado Anual de Cobertura: Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos a consecuencia de distintos servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o eventos, 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 el cual comprende los valores indicados de manera individual para cada cobertura.

5 CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA O PERIODO DEL SEGURO

Corresponde al lapso comprendido entre las horas y fechas de inicio y finalización del mismo, conforme sea consignado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales.

A su vencimiento, este seguro no se prorrogará automáticamente, por tanto, expresamente se pacta que, al vencimiento del mismo, sólo se renovará si media previo acuerdo expreso de las partes, con indicación de los términos, condiciones y/o límites aplicables para el nuevo periodo.

6 CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto o porcentaje pactado como deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza.

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: PAGO DE LA PRIMA Y MORA

De acuerdo con el artículo 1066 del C. de Co. el tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza.

La mora en el pago de la prima produce la terminación automática del seguro de acuerdo con lo previsto por el artículo 1068 del Código de Comercio.

8 CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO O DE TENER CONOCIMIENTO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

A. En caso de Siniestro o de tener conocimiento de Reclamaciones, el Asegurado, está obligado a:

- Adoptar todas las medidas que favorezcan su defensa frente a las Reclamaciones de responsabilidad, debiendo mostrarse tan diligente como si no existiera seguro.
- Dar noticia a PREVISORA de cualquier Reclamación judicial o extrajudicial formulada en su contra. La noticia deberá darse dentro de los (3) tres días hábiles siguientes a la fecha en que se haya conocido o debido conocer dicha situación y deberá incluir la siguiente información:

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-005



1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió la prestación de servicios profesionales de atención en la salud a los pacientes;
 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 la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes además del Asegurado.
- No asumir ninguna responsabilidad ni conciliar o transigir ninguna Reclamación, ni incurrir en ningún costo o gasto de los que estarían cubiertos por esta póliza sin el consentimiento escrito de PREVISORA.
- B. Si durante la vigencia de la póliza o del Periodo Extendido para Reclamaciones, el Asegurado tuviere conocimiento de cualquier hecho o circunstancia adversa que pudiera dar lugar razonablemente en el futuro a un Siniestro o a generar una Reclamación, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas, estará igualmente obligado a cumplir con las obligaciones establecidas en el literal anterior.

En caso que con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza efectivamente se formalice una Reclamación derivada de los hechos o circunstancias que fueron notificados a PREVISORA en la forma establecida en este numeral, dicha Reclamación se considerará presentada por primera vez en el mismo momento en que los hechos y circunstancias que la originaron fueron debidamente notificados o avisados a LA PREVISORA razón por la cual la cobertura procederá bajo la póliza que se encontraba vigente en ese momento.

- C. En caso de Siniestro, el Asegurado, deberá informar a PREVISORA, de los seguros coexistentes, con indicación de la aseguradora y de la suma asegurada de los mismos.

En todo caso, el incumplimiento malicioso de la obligación de declarar seguros coexistentes, conllevará la pérdida del derecho a ser indemnizado conforme lo preceptuado en el artículo 1076 del Código de Comercio.

- D. En caso de que el Tercero damnificado y/o beneficiario exija directamente a PREVISORA indemnización por los daños ocasionados por el Asegurado, deberá éste proporcionar todas las informaciones y pruebas pertinentes que PREVISORA solicite con relación a la ocurrencia del hecho y la cuantía que motiva la acción del Tercero perjudicado.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-005



El incumplimiento de cualquiera de las anteriores obligaciones por parte del Asegurado, según fuere, legitimará a Previsora, de acuerdo con lo previsto por el artículo 1078 del Código de Comercio, para deducir del monto de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le hubiere causado.

9 CLÁUSULA NOVENA: CONTROL DE RECLAMACIONES Y DEL PROCESO

PREVISORA tendrá derecho de encargarse y de dirigir, en nombre del Asegurado, la defensa o negociaciones tendientes a conciliación o transacción de las Reclamaciones, o a formular en nombre del Asegurado y en su propio beneficio, demanda de reconvención o llamamiento en garantía con el fin de obtener compensación de terceros.

PREVISORA no conciliará ni transará ninguna Reclamación, ni podrá hacer acuerdos conciliatorios con Terceros, sin el consentimiento del Asegurado. En caso, que este último rehúse consentir un acuerdo conciliatorio que haya podido adelantar Previsora con los Terceros o rechacen la oferta de PREVISORA en cuanto a conciliar o transar una Reclamación, la responsabilidad de PREVISORA no excederá del importe de la conciliación o transacción propuesta, incluyendo los costos y gastos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo conciliatorio o la oferta por parte del Asegurado.

No obstante lo anterior, el Asegurado queda autorizado para incurrir en los gastos razonables que fueren necesarios para proteger evidencias o resguardar su posición frente a eventuales Reclamaciones, si por las circunstancias en que se presenten los hechos no fuere posible obtener el consentimiento de PREVISORA de manera oportuna.

10 CONDICIÓN DÉCIMA: DERECHOS DE PREVISORA EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un siniestro, PREVISORA está facultada para:

- 1) Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- 2) Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- 3) Transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- 4) Tomar las medidas que considere convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del asegurado.
- 5) Beneficiarse con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el asegurado.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: PROCEDIMIENTO DE RENOVACIÓN

La presente póliza no se renovará automáticamente. PREVISORA estudiará los términos y condiciones de la renovación al recibir solicitud en ese sentido. La solicitud deberá hacerse por escrito con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento de la póliza.

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: 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.

Este 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 (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el Tomador, en cualquier momento, mediante aviso escrito remitido a Previsora.

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

PREVISORA pagará al asegurado o al beneficiario cualquier monto debido bajo esta póliza dentro del mes siguiente a que se haya acreditado la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, en un todo, de acuerdo con lo previsto por los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio.

De conformidad con lo previsto por el artículo 1110 del Código de Comercio, PREVISORA, adicional a pagar la indemnización en dinero tiene el derecho, si lo estima conveniente, de reconstruir, reponer o reparar los bienes asegurados destruidos o dañados o cualquier parte de ellos.

14 CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

El Asegurado o el Beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en los siguientes casos:

1. Cuando la reclamación presentada ante Previsora fuere de cualquier manera fraudulenta; si en apoyo de ella, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o si se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.
2. Cuando al dar noticia del siniestro omiten maliciosamente informar de los seguros coexistentes sobre los mismos intereses asegurados.
3. Cuando renuncien a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro, sin el previo consentimiento escrito de Previsora.

15 CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por Previsora. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Previsora, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si, el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero Previsora sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si Previsora, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

16 CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIÓN MATERIAL DEL RIESGO

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1060 del Código de Comercio, el asegurado o tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a Previsora los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso 1º del artículo 1058, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (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 diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (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 sólo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a Previsora para retener la prima no devengada.

Así mismo, el Tomadora o el Asegurado podrán, durante la Vigencia del seguro notificar todas las circunstancias que disminuyan el riesgo, debiendo por tanto PREVISORA, en los términos del artículo 1065 del Código de Comercio, reducir la prima estipulada segunda la tarifa correspondiente por el tiempo no corrido del seguro.

17 CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: SUBROGACIÓN

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1096 a 1099 del Código de Comercio en virtud del pago de la indemnización, PREVISORA se subroga, por ministerio de la ley y hasta concurrencia de su importe, en todos los derechos del Asegurado contra las personas responsables del Siniestro.

El Asegurado, a petición de PREVISORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación y será responsables de los perjuicios que le acarree a PREVISORA su falta de diligencia en el cumplimiento de esta obligación.

PREVISORA podrá repetir contra el Asegurado el importe de las indemnizaciones que haya debido satisfacer como consecuencia del ejercicio de la acción por el perjudicado o sus derecho habientes, cuando se descubra que el daño o perjuicio causado al Tercero se debió a conductas dolosas del Asegurado.

18 CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- a) 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.
- b) 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 tres (3) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

19 CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: CARÁCTER COMPLEMENTARIO DE LA COBERTURA Y COEXISTENCIA DE SEGUROS

En caso de que el amparo otorgado por esta póliza concorra con el otorgado por otras pólizas que amparen el mismo riesgo, PREVISORA sólo sería responsable del pago de la indemnización en exceso del monto cubierto por los demás seguros contratados. En el evento de existir en dichas pólizas una cláusula en el sentido aquí expresado, se aplicarán las reglas referentes a la coexistencia de seguros, previstas en el artículo 1.092 del Código de Comercio, con arreglo a las cuales, los diversos aseguradores deberán soportar la indemnización en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe.

20 CLÁUSULA VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio, la prescripción de las acciones derivadas de este contrato y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimientos del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años correrá contra toda clase de persona y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

21 CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: LÍMITES TERRITORIALES

Se refiere al área geográfica, respecto de la cual se otorgará cobertura en virtud de esta póliza, según se especifica en la carátula y/o sus condiciones particulares y/o especiales, a menos que se defina de otra manera.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-005



En caso de que nada se diga en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares y/o especiales, se entenderá que los límites territoriales corresponden únicamente a la República de Colombia.

22 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE

Todos los términos y condiciones incluyendo cualquier cuestión relacionada con la celebración, validez, interpretación, desarrollo y aplicación de este seguro se rige por las leyes de la República de Colombia conforme lo dispone el artículo 869 del Código de Comercio.

Adicionalmente, cualquier desacuerdo entre el tomador y/o asegurado y Previsora con respecto a cualquier aspecto de este contrato se someterá a los tribunales de la República de Colombia, ya sea ante justicia ordinaria o la arbitral, en caso de que se pacte cláusula compromisoria en las condiciones particulares de esta póliza o se llegue a celebrar un compromiso de acuerdo con la ley.

23 CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: CESIÓN DE DERECHOS

Esta póliza y cualquiera de los certificados o anexos que se expidan con base en ella no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito de Previsora.

24 CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: MODIFICACIONES A ESTE CONTRATO

Cualquier modificación, acuerdo adicional, cambio o adición que se hagan a esta póliza, sólo tendrá valor probatorio cuando consten por escrito, con aceptación expresa de las partes.

25 CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

**26 CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

El tomado y/o asegurado se compromete a diligenciar íntegra y simultáneamente a la celebración contrato de seguro, el formulario de vinculación o conocimiento de clientes que le será entregado por Previsora y, que resulta, de obligatorio cumplimiento para satisfacer los requerimientos del Sistema de Administración de Riesgos de lavado de activos y la financiación del terrorismo- SARLAFT.

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA INSTITUCIONES MÉDICAS – MODALIDAD POR RECLAMACIÓN**

RCP-006-005



Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador y/o asegurado, durante la vigencia del seguro, este deberá informar tal circunstancia a Previsora, para lo cual diligenciará nuevamente el respectivo formato.

Es requisito para la renovación del seguro que, el tomadora y/o asegurado diligencien nuevamente el formulario de vinculación o de conocimiento del cliente.

Parágrafo: Cuando el beneficiario del seguro sea una persona diferente al tomador y/o asegurado, la información relativa al beneficiario deberá ser diligenciada por éste al momento de la presentación de la reclamación, conforme al formulario que Previsora suministrará para tal efecto.

**27 CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL/
CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO**

Previsora incluirá los datos de carácter personal y todos los datos posteriores, que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en una base de datos por la que es y será responsable. La finalidad del tratamiento de dicha información será la prestación del contrato de seguro y el posible envío de información comercial y publicitaria sobre sus productos y servicios.

El tomador y/o asegurado autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude.

El tomador y/o asegurado podrán hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a Previsora, a la dirección que aparece en la presente póliza, de acuerdo con lo establecido en las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el tomador facilite a Previsora información relativa a asegurados o terceros, dicho suministro se hará bajo el entendido de que dichos asegurados y/o terceros han manifestado previamente su autorización al tomador para que sus datos personales le sean comunicados a Previsora con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

El tomador y/o asegurado autorizan a Previsora para que consulte, solicite, obtenga, transfiera, transmita, informe, conserve en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo del sector financiero, bursátil, asegurador, de la seguridad social, fiscal o industrial, nacional o internacional, toda la información, confidencial o no, obtenida o que le haya sido suministrada, o que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad haya celebrado así como sobre novedades, referencias comerciales y bancarias, manejo de pólizas y demás servicios que surjan de sus relaciones comerciales con Previsora y con terceros.

Señores

JUZGADO CUARTO (4) CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

E. S. D.

REFERENCIA: **PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL**

DEMANDANTE: **ROSA SISNEY SANCHEZ Y OTROS.**

DEMANDADOS: **ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET
SALUD EPS Y CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN
MEDICAL S.A.S**

RADICACIÓN: **2019-00125-00**

LLAMADO EN GARANTIA: **LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS.**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor y vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C.S.J, obrando en calidad de Apoderado Especial de la **PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, sociedad debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, lo cual se encuentra debidamente acreditado en el expediente, a través del presente acto **REASUMO** el poder a mi conferido y encontrándome dentro del término legal oportuno para hacerlo, respetuosamente procedo primero a contestar la demanda que presentó la señora ROSA SISNEY SANCHEZ Y OTROS en contra de la ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD EPS Y CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S y en segundo término, a contestar el llamamiento en garantía formulado a la aseguradora por la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S, en los siguientes términos:

**CAPITULO I
CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho PRIMERO: el presente numeral contiene dos afirmaciones, respecto a las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- Es cierto de acuerdo al Registro Civil de Nacimiento que reposa en el plenario que JOHAN CAMILO SANCHEZ SANCHEZ nació el día 9 de noviembre de 2002.
- No le consta a mi representada que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ SANCHEZ conviva con su madre ROSA SISNEY SANCHEZ SANCHEZ, su hermana DANY GABRIELA SANCHEZ SANCHEZ, su abuela MARGARITA SANCHEZ IDROBO y sus tíos NIYERT LORELY, MARIA DEL SOCORRO, MARLE AMPARO y ROBINSON ELIUD SANCHEZ SANCHEZ, por cuanto no obra en el plenario prueba alguna que acredite dicha manifestación. No obstante, de los registros civiles aportados al plenario es posible vislumbrar que las personas anteriormente mencionadas si tienen el grado de parentesco que manifiestan con el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ SANCHEZ.

Frente al hecho SEGUNDO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- No le consta a mi representada de manera directa que el día 23 de mayo de 2017 el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ haya sufrido un accidente en el que estuvo involucrada una motocicleta, y mucho menos las circunstancias de modo, tiempo y lugar que rodearon la ocurrencia del mismo, por cuanto deberán acreditarse por los medios pertinentes la ocurrencia de este hecho. No obstante, de la Historia Clínica que reposa en el plenario de la Clínica Dumian Medical S.A.S, se puede observar en los datos de Ingreso la siguiente consignación: *“Motivo consulta: Accidente de Tránsito el día 23/05/2017”*.
- No le consta a mi representada que el menor haya sido llevado con una fractura no expuesta de tibia al Hospital del Tambo, ni que hubiera sido trasladado por sus profesores hasta dicho Centro Médico. Por lo tanto, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes.
- Es cierto de acuerdo a la Historia Clínica que reposa en el plenario que en el Hospital del Tambo le administraron analgésicos para el dolor a JOHAN CAMILO SANCHEZ, e igualmente se ordenó su remisión a Dumian Medical S.A.S.
- No le consta a mi representada que JOHAN CAMILO SANCHEZ haya sido remitido en primera instancia al Hospital San José, dado que no hay prueba de ello en el plenario. Que se pruebe.

- Es cierto que el día 23 de mayo de 2017 ingresa por el servicio de urgencias de LA CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S por remisión del Hospital del Tambo el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Al respecto, es menester indicar que desde su ingreso a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S se le ordenó valoración por Ortopedia y Traumatología, además de la toma de exámenes de laboratorio y Radiografía de pierna y rodilla, los cuales dieron como diagnóstico Fractura de Tibia Proximal Izquierda Salter y Harris II, ordenando hospitalizar al menor para manejo quirúrgico y colocar férula inguinopédica. En ese momento tal como consta en la Historia Clínica se le explica a la madre del menor sobre el manejo, riesgo y complicaciones futuras por el tipo de fractura que tenía su hijo.

Frente al hecho TERCERO: el presente numeral contiene varias afirmaciones ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- Es cierto que al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ el día 14 de mayo de 2017 se le practica cirugía para tratar la Fractura de Tibia Proximal Izquierda. No obstante, es de anotar que de acuerdo a la Historia Clínica que reposa en el plenario dicha intervención quirúrgica transcurrió sin complicaciones, realizando la reducción y fijación percutánea de fractura de la metáfisis proximal de tibia izquierda en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S.
- Es cierto que se le da egreso de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Al respecto, es menester tener en cuenta que antes de darle egreso al paciente, este estuvo en recuperación anestésica, con control de signos vitales y monitoreo constante por el término de un día, en consecuencia, el día 25 de mayo de 2017 se le da egreso por parte del Dr. Forero (Ortopedista), no sin antes indicarle el plan de seguimiento con manejo antibiótico y analgésico, además del uso de muletas, los signos de alarma para volver a consultar y el control por consulta externa.
- No le consta a mi representada que a los nueve días del egreso de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, el menor presentara ardor y picazón y fuera llevado por su madre a la promotora de salud Cuatro Esquinas, dado que no hay prueba que acredite dicha manifestación; en esa medida, la afirmación indicada en este hecho, deben ser objeto de prueba por parte del extremo activo de este litigio.

Frente al hecho CUARTO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- No le consta tampoco a mi representada que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ y su madre hayan acudido al Hospital del Tambo y les hayan negado la atención médica por no haberse realizado la cirugía en dicho establecimiento. En ese sentido, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes.
- Es cierto que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ ingresa por urgencias a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S. No obstante, es importante precisar la fecha de ingreso, dado que la parte actora no lo indica y es necesario que exista claridad al respecto, es por esto que de acuerdo a la Historia Clínica que obra en el plenario el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ vuelve a acudir a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S el día 10 de junio de 2017.
- No es cierto que en la valoración que se realizó al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ en el servicio de urgencias en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S se haya indicado que el yeso *“le estaba dañando los dedos y parte de la pierna”* como lo indica la parte actora. Al respecto es importante que la parte demandante tenga en cuenta que no debe realizar apreciaciones subjetivas ni indicar juicios de valor, aunado a que no hay prueba que lo acredite, por cuanto en la Historia Clínica que reposa en el plenario es posible evidenciar que en dicha valoración se ordena la toma de paraclínicos y valoración por cirugía plástica, además de la toma de radiografía de rodilla izquierda en la cual se encontraron todos los parámetros normales, pero no se hace un juicio de valor como el que refiere la parte demandante.

Frente al hecho QUINTO: el presente numeral contiene varias afirmaciones ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- La parte actora no indica un hecho sino una apreciación subjetiva de la apariencia de la extremidad inferior izquierda del menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Al respecto, se debe tener en cuenta lo consignado en la Historia Clínica de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, en la que se manifiesta que, si bien el paciente sufre herida en el dorso del pie izquierdo, talón y dorso del primer dedo del pie, se encuentra en terapia enterostomal, con curaciones, desbridamiento del tejido

desvitalizado y manejo antibiótico, en espera de la intervención quirúrgica para el cubrimiento de la herida con Colgajo.

- No es cierto que para ese momento ya se considerara que el paciente Johan Camilo SANCHEZ estaba bajo de peso, con anemia y desnutrición severa, por cuanto en la Historia Clínica la primera anotación al respecto se dio el 09 de julio de 2017.

Frente al hecho SEXTO: No es cierto que al paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ lo hayan remitido a un centro de menor complejidad para ser atendido por un nutricionista y que esta le recetara Ensure. Al respecto, es menester indicar que en las anotaciones de seguimiento de la Clínica Santa García Dumian Medical S.A.S que reposan en la Historia Clínica, se evidencia que el día 09 de julio de 2017 el paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ es valorado por el Pediatra Dr. Víctor Baruc, quien le indica una dieta hiperproteica rica en hierro en doble ración, Ensure 2 dosis cada día y cebion 1 gramo vía oral cada 12 horas, en aras de recuperar al paciente nutricionalmente para poder realizar cobertura de los tendones del dorso del pie.

Frente al hecho SÉPTIMO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- No es cierto como lo indica la parte actora que por no presentar mejoría el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ se le realizara manejo por cirugía plástica el 30 de junio de 2017. Al respecto se aclara que la intervención quirúrgica realizada por cirugía plástica el día 30 de junio de 2017, fue ordenada para el cubrimiento de la herida con colgajo y no se había realizado antes por cuanto era necesario realizar primero curaciones para que el tejido estuviera en las mejores condiciones, que fue lo que se hizo desde su ingreso el 10 de junio de 2017 a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, como consta en la Historia Clínica.
- Es cierto que el día 14 de julio de 2017 se presentaron picos febriles. No obstante, el pico febril que presentó el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ no era del área de la herida, por lo cual se le tomaron uroanálisis y coprológico para determinar el foco infeccioso y descartar compromiso óseo.
- Es cierto que se ordena realizar Gammagrafía ósea en la pierna y pie izquierdo del menor. Sin embargo, es de anotar que el resultado de este examen llegó el 19 de julio de 2017 con resultado de cultivo positivo para Klebsiella Pneumoniae y fenómeno hipermetabólico difuso y extenso con cambios de Hipervascularización

en dos tercios proximales de la tibia y extensión hacia la rodilla izquierda que se asocia a infección ósea activa, por lo cual el cuerpo médico de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S comienza a suministrar Ciprofloxacina, Gentamicina, Meropenem y Amikacina, además de que se solicita valoración por Ortopedia y se realiza transfusión de glóbulos rojos leuco-reducidos, lo cual indica un proceder diligente de los galenos de dicho centro médico.

Frente al hecho OCTAVO: el presente numeral contiene varias afirmaciones ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- No le consta a mi representada que la señora Rosa Sisney Sánchez, madre del menor JOHAN CAMILO SANCHEZ, haya pedido ante ASMET SALUD EPS e incluso por medio de Acción de Tutela, autorizaciones para atenciones especializadas en instituciones de orden superior, por cuanto en el plenario no obra prueba alguna que acredite dicha manifestación. Sino que, por el contrario, en la Historia Clínica de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S en la anotación de fecha 24 de julio de 2017, al ser valorado el paciente por Ortopedia, se indica que el paciente requiere remisión a Ortopedia Infantil e Infectología.
- No es cierto que el día 27 de julio de 2017 se haya iniciado manejo antibiótico con Meropenem para tratar la Klebbsiella. Al respecto, es menester indicar que de acuerdo a la Historia Clínica de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S el resultado del cultivo se entrega el 19 de julio de 2017 y se empieza a tratar con Ciprofloxacina, pero luego se cambia el manejo antibiótico por Meropenem el 23 de julio de 2017.
- Es cierto que el paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ es remitido a la ciudad de Manizales al Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro, pero la remisión se dio el 31 de julio de 2017 desde la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S y llega al Hospital de Manizales el día 01 de agosto de 2017. No obstante, es importante anotar las condiciones en las que fue remitido el menor de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, las cuales fueron: *“por orden médica se trasladó a Hospital Infantil de Manizales en ambulancia líder salud, en compañía de la madre al paciente de 14 años de edad, con signos vitales dentro de los rangos normales, egresa con su piel íntegra hemodinámicamente estable”*.

Frente al hecho NOVENO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- No le consta a mi representada lo relacionado en este hecho referente al ingreso del paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ al Hospital Infantil Rafael Henao Toro, por ser unas atenciones médicas ajenas a las brindadas por mi asegurada. No obstante, de la copia de la Historia Clínica que reposa de dicha institución médica en el plenario, es posible evidenciar que desde su ingreso recibió tratamiento antibiótico, en el cual no tuvo injerencia la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.
- No le consta a mi representada los dichos que indica la parte demandante que supuestamente manifestó el cuerpo médico del Hospital Infantil Rafael Henao Toro sobre los procedimientos realizados al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, dado que en la Historia Clínica no hay anotación alguna que se refiera a ello. Finalmente, pero no menos importante es recordar que la parte actora debe acreditar cada una de las manifestaciones que realiza en torno a las actuaciones realizadas por las demandadas, y en el plenario solo reposan elementos materiales probatorios que ratifican que el actuar de los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S estuvo ajustada a la lex artis y que siempre buscó el bienestar del paciente.

Frente al hecho DÉCIMO: No es cierto de acuerdo a la Historia Clínica que reposa del Hospital Infantil Rafael Henao Toro que el día 6 de agosto de 2017 se haya llevado nuevamente a cirugía al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Es preciso indicar, que ese día el cuerpo médico de dicha Institución no realizó cirugía sino una revisión, tomando muestra para cultivo de la herida y se le indica manejo con Meropenem y Vancomicina hasta el 16 de agosto, siendo internado en manejo de cuidado intermedio, en igual sentido se debe indicar que en dichas prestaciones de salud no tuvo injerencia alguna la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S.

Frente al hecho DÉCIMO PRIMERO: el presente numeral contiene varias afirmaciones ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- De acuerdo a la Historia Clínica es cierto que por parte del Hospital Infantil de Manizales se indica realizar amputación desde la rodilla del miembro inferior izquierdo al paciente. No obstante, dicha postura fue discutida previamente por

cirugía plástica y ortopedia, pero esta no fue autorizada por la madre del menor al oponerse a dicha intervención como consta en el análisis indicado en la evolución médica del día 10 de agosto de 2017. Igualmente, es importante indicar que no hay anotación alguna en dicha Historia Clínica que indique que se contempló la posibilidad de amputación por mala praxis de los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, sino que, por el contrario, se evidencia que se había desarrollado un proceso infeccioso difícil de controlar que comprometía severamente los tejidos blandos, generado por la gravedad de la lesión sufrida por el menor en accidente de tránsito.

- No le consta a mi representada los trámites que tuvo que realizar la madre de JOHAN CAMILO SANCHEZ para que su hijo fuera remitido a la Fundación Valle del Lili, por cuanto es un hecho ajeno a las actividades comerciales de mi prohijada, además no hay prueba en el plenario que acredite tal manifestación. No obstante, es menester indicar en este punto que el traslado del paciente se da porque la madre del menor no estaba conforme con el tratamiento recibido en el Hospital Infantil Rafael Henao Toro de Manizales y manifiesta que tiene red de apoyo de familiares en la ciudad de Cali, tal como se puede constatar en la evolución médica de fecha 25 de septiembre de 2017 de la Historia Clínica de la ya mencionada Institución de salud.

Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO: en este hecho se hace referencia por la parte demandante a diferentes situaciones, sobre las cuales considero pertinente pronunciarme de manera individual en los siguientes términos:

- Es cierto que el día 30 de septiembre de 2017 es remitido el paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ desde Manizales a la Fundación Valle del Lili, ingresando el 01 de octubre de 2017 a dicha institución.
- La parte actora no indica un hecho, sino que realiza una apreciación subjetiva de las atenciones recibidas por el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, que supuestamente las indicó el cuerpo médico de la Fundación Valle del Lili. Respecto de lo cual, bien se puede observar que en el plenario no reposa prueba alguna que acredite una valoración por perito que determine si los procedimientos iniciales eran los indicados o no para la fractura que tenía el menor, lo cual no hace viable realizar un señalamiento tan irresponsable por la parte demandante. En este punto, es menester indicar en primer lugar, que

de la lectura que se hace de la Historia Clínica de la Fundación Valle del Lili, se puede evidenciar que no hay anotación alguna que indique una crítica a las atenciones dadas al paciente por la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S como lo indica la demandante, sino que por el contrario se indicó que el paciente era tratado por defecto masivo de los tejidos blandos, secundario a la fractura tibial por accidente de tránsito, es decir que no es atribuible a la intervención quirúrgica realizada en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S. En igual sentido, es menester indicar que el manejo inicial que se le dio al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical fue oportuno y de calidad, con atenciones de médicos especialistas para resolver el tipo de fractura que padecía producto de un accidente de tránsito, aunado a ello se le trataron las complicaciones inherentes al procedimiento como la epidermólisis, patología que es importante aclarar que es ajena a la cirugía, dado que la literatura médica ha indicado que esta obedece a factores hereditarios que hacen que la piel sea tan sensible que forme ampollas con gran facilidad, y finalmente de las atenciones dadas por dicho centro hospitalario en aras de darle al paciente la mejor atención posible, se procedió a remitir a un Hospital con infectología pediátrica, por tal razón lo único que se ha evidenciado es que la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S no escatimó esfuerzos para recuperar la salud del menor JOHAN CAMILO SANCHEZ, durante su permanencia en dicho centro hospitalario.

Frente al hecho DÉCIMO TERCERO: No se indica un hecho, se realiza la transcripción de la nota de ingreso del paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ a la Fundación Valle del Lili y las atenciones que se le brindaron en dicha institución de salud. No obstante, es de anotar que el ingreso del paciente se dio por panosteomielitis de miembro inferior izquierdo con defecto masivo de tejidos blandos, secundario a fractura tibial por accidente de tránsito, es decir que las condiciones de complicación que presentaba el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ obedecieron exclusivamente a la gravedad de la fractura que se le ocasionó en el accidente de tránsito y no de las atenciones que recibió en las distintas instituciones de salud en las que estuvo ingresado.

Frente al hecho DÉCIMO CUARTO: Nuevamente no se indica un hecho, se hace mención por la parte actora, de las atenciones que recibió el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ durante su estancia en la Fundación Valle del Lili, en las cuales no tuvo injerencia alguna la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S.

Frente al hecho DÉCIMO QUINTO: el presente numeral contiene varias afirmaciones, ante las cuales procedo a pronunciarme en los siguientes términos:

- Es cierto de acuerdo a la Historia Clínica de la Fundación Valle del Lili que reposa en el plenario, que el día 20 de octubre de 2017 se realizó intervención quirúrgica a JOHAN CAMILO SANCHEZ para realizar lavado del injerto.
- No le consta a mi representada que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ se encuentre en seguimiento por ortopedia, infectología, cirugía y psicología, dado que en el plenario no reposa prueba que lo acredite. Que se pruebe.
- No le constan a mi representada las supuestas secuelas irreversibles que padece el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ. Al respecto, es necesario indicar en primer lugar, que no reposa en el plenario valoración alguna que indique cuales son las secuelas que padece el menor, por lo tanto, deberá la parte actora probar su dicho, a través de los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes. Ahora bien, si se llegara a probar que el menor presenta alguna secuela, está claro que estas se deben de manera exclusiva a la gravedad de la lesión sufrida en el accidente de tránsito del día 23 de mayo de 2017, como bien se ha podido vislumbrar de la Historia Clínica, en la cual se ha indicado que la panosteomielitis de miembro inferior izquierdo con defecto masivo de tejidos blandos que padeció el menor, es secundario a fractura tibial por accidente de tránsito y no a las intervenciones quirúrgicas ni tratamientos médicos que se le brindaron en las Instituciones de salud, específicamente de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S.

Frente al hecho DÉCIMO SEXTO: Es cierto que, ante el Centro de Conciliación Justicia para Todos de la ciudad de Popayán, se adelantó Audiencia de Conciliación convocada por la parte demandante y convocada la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S el día 21 de febrero de 2019, en la cual se expide Acta de Fracaso.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO ESTIMACIÓN RAZONADA DE PERJUICIOS Y DETERMINACIÓN DE LA CUANTIA.

Es necesario pronunciarse frente a este acápite, por cuanto la parte actora indica en él las pretensiones condenatorias al extremo pasivo de la acción. Por lo tanto, me opongo a todas y cada una de las pretensiones condenatorias solicitadas en la demanda, pues carecen de fundamentos de hecho y de derecho. En efecto, ninguna de las pretensiones podrá

prosperar en contra de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S. de Popayán y consecuentemente de mi representada, en la medida en que la atención médica que se le brindó al paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ, se ajustó en todo momento a los parámetros de la *lex artis*, puesto que, de acuerdo con la información que reposa en el expediente, se atendió al paciente de acuerdo a las lesiones sufridas por él en el accidente de tránsito, por lo que se resalta que la atención médica, se brindó con altos estándares de calidad, ordenándose y practicándose las intervenciones quirúrgicas requeridas, sin que pueda atribuírsele a la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S de Popayán, los perjuicios que solicita la parte actora le sean reconocidos por la supuesta falla en la prestación del servicio médico que se atribuye infundadamente en la demanda, puesto que las secuelas y consecuencias que se atribuyen en el libelo, fueron producto de la gravedad de las lesiones sufridas en el accidente de tránsito del día 23 de mayo de 2017 y no de la atención médica recibida en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, como se ha podido evidenciar en la Historia Clínica.

Por lo anterior, se advierte que no existe en el expediente prueba fehaciente con la que se pueda establecer una falla en el servicio médico prestado al menor Johan Camilo Sánchez, durante su atención en la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S; por el contrario, se logra demostrar la conducta diligente y oportuna de la Clínica, y por consiguiente la ausencia de una conducta que pudiese haber generado un daño.

En conclusión de todo lo anterior dicho, y tal como quedará probado y establecido con las pruebas que se recauden dentro del trámite, es evidente que en este caso NO se cumplen con los requisitos para que surja o se estructure una responsabilidad como la endilgada a la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S, toda vez que esa clase de vínculo jurídico sólo se presenta si reúnen los elementos esenciales para el efecto y aquí brilla su ausencia total, particularmente la del daño antijurídico que debe ser ocasionado por un hecho o acto realizado con culpa de dicho ente y además que entre éste y aquel exista relación de causalidad directa.

De esta suerte, y con el ánimo de lograr una indudable precisión frente a los improbados requerimientos pretendidos en la demanda, me refiero a cada perjuicio solicitado en el siguiente tenor:

- **FRENTE AL DAÑO EMERGENTE:** me opongo rotunda y enfáticamente al reconocimiento de este perjuicio, toda vez que además de ser infundado por no

configurarse los supuestos esenciales para que pueda predicarse que surgió una responsabilidad en cabeza de los demandados, denota un evidente ánimo de lucro desmesurado por los supuestos perjuicios materiales en la modalidad de daño emergente que comprende rubros por tratamientos indefinidos para la recuperación del menor JOHAN CAMILO SANCHEZ, de los cuales no se tiene prueba alguna que acredite en primer lugar, que dichos tratamientos hayan sido ordenados por el cuerpo médico de alguna de las Instituciones médicas que brindaron atenciones al menor, en segundo lugar y en consecuencia de lo anterior, tampoco se ha indicado de manera particular cada uno de los tratamientos que supuestamente requiere el menor, ni se ha discriminado el valor de cada uno de ellos.

Ahora bien, puede observarse en el expediente que la accionante aportó como prueba, únicamente copia de recaudos de caja para controles por consulta externa y exámenes de laboratorio de la Fundación Valle del Lili, los cuales no dan cuenta de quien realizó el pago, ni de los tratamientos que se le deban hacer al menor, sino que tan solo indican seguimientos a su evolución, no obstante es menester indicar que la carga económica para el pago de estos controles la tiene ASMET SALUD EPS S.A.S que es la EPS a la cual se encuentra afiliado el menor, por lo tanto la parte actora no debe acarrearse con dichos gastos.

Al respecto y con el fin de otorgar total claridad acerca de las obligaciones legales que tiene una EPS en Colombia, reitero lo siguiente:

“Artículo 156 de la ley 100 de 1993: Características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

(...)

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el Gobierno;

Artículo 177 de la ley 100 de 1993. Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación

del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la presente Ley.” (Negrita y subrayado, por fuera del texto original)

Por lo anterior, es claro que las funciones de las EPS se encuentran encaminadas a brindar cobertura de los servicios de salud a todas aquellas personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que puntualmente su función se desarrolla emitiendo las respectivas autorizaciones y asumiendo el pago del valor de las prestaciones asistenciales incluidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS.

En tal sentido, debe advertirse que los recaudos de caja allegados al plenario no son un título valor ni mucho menos prestan mérito ejecutivo, de manera que los valores contenidos en estos no pueden ser cobrados judicialmente con base en ellos; y en ese tenor, solicito despachar desfavorablemente dicha pretensión, por cuanto en este tipo de procesos es mandatorio que la parte actora determine de manera clara en el escrito de la demanda, cuál fue el gasto incurrido, quién incurrió en dicho gasto, por qué se vio en la necesidad del mismo, y que sea palpable la conexidad que tuvo el gasto con el daño y el hecho antijurídico, incorporando los elementos de prueba idóneos, los cuales brillan por su ausencia en este proceso.

- **FRENTE AL PERJUICIO MORAL:** En el libelo demandatorio, se pretende el reconocimiento de perjuicios morales para el menor Johan Camilo Sánchez por el valor equivalente a (\$82.611.600), para su madre Rosa Sisney Sánchez y hermana Dany Gabriela Sánchez (\$82.611.600) para cada una, y para su abuela Margarita Sánchez Idrobo y sus tías Niyert Lorely Sánchez, María del Socorro Sánchez, Marle Amparo Sánchez y Robinson Eliud Sánchez la suma de (\$ 41.305.800) para cada uno.

En relación con esta pretensión reitero mi posición de oponerme a lo solicitado, en primer lugar, porque no se cumplen los requisitos para que surja o se estructure una responsabilidad como la pretendida, pues como se expresó anteriormente los médicos que atendieron al paciente Johan Camilo Sánchez en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S emplearon todos sus conocimientos, experiencia y experticia necesaria a fin de brindarle de manera oportuna y eficiente el servicio de

salud, en ese orden de ideas, imposible resultaría condenar al extremo pasivo al pago de perjuicios frente a los cuales no ha tenido ninguna injerencia para su producción. Como ya se expuso en líneas anteriores, fue el accidente de tránsito del 23 de mayo de 2017 el que origino las lesiones sufridas por el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ y que llevó a que se generarán complicaciones propias de la gravedad de la fractura sufrida por el impacto, por lo cual no habría ninguna justificación legal o jurídica que permitiese la vinculación del extremo demandado en este litigio, mucho menos, por supuesto, de mi representada.

Ahora bien, en lo que se refiere al daño moral, es menester señalar que el reconocimiento por concepto de perjuicios morales tiene como finalidad otorgar a la víctima una satisfacción íntima que borre y compense la angustia y el dolor sufrido por un hecho dañoso. No obstante, la suma por éste perjuicio es determinada única y exclusivamente por el Juez en la sentencia, con base en lo establecido jurisprudencialmente y según las pruebas aportadas al proceso; para ello, la parte demandante deberá acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad civil y, como consecuencia, existirá eventualmente el pago o indemnización por el daño y los perjuicios que se prueben; en caso de reconocerse dicho concepto, deberá ajustarse a los límites fijados por la Corte Suprema de Justicia, a través de la cual hay senda jurisprudencia en torno a los montos del resarcimiento cuando se reclaman perjuicios inmateriales. Puntualmente se ha decantado en jurisprudencia de casación civil, que el daño moral por muerte no podrá sobrepasar la cifra total indemnizatoria de \$60.000.000., siendo evidente que para el caso particular de resultar probada algún tipo de indemnización por daño moral con ocasión a la supuesta lesión padecida por el menor Johan Camilo Sánchez y sus familiares, ésta nunca podrá ser superior a los \$60.000.000 que señala la referida jurisprudencia, y por el contrario deberá ser tasado de manera razonada por el señor Juez, no pudiendo equiparar el daño que produce la muerte al daño que produce una lesión corporal.

Por lo tanto, es el Juez en el desarrollo de la etapa probatoria quien determinará si efectivamente hubo responsabilidad a cargo de los aquí demandados, y en caso de que este improbable suceso ocurra, atendiendo las circunstancias específicas del caso, entrará a determinar el verdadero grado de afectación del demandante y fijará

los montos de indemnización a que haya lugar, sin que estos puedan exceder los límites fijados por la Corte Suprema de Justicia, respecto de la reparación o compensación de los perjuicios inmateriales, en este caso, frente al daño moral.

En todo caso, debe indicarse que la solicitud que debe realizarse sobre este perjuicio, debe encontrarse sujeta a los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, en Sentencia SC13925 – 2016 Radicación No. 2005-00174-01 con ponencia del Magistrado Ariel Salazar Ramírez. Por lo tanto, para la tasación de dicho perjuicio el Juez deberá apoyar su decisión, en las pruebas allegadas y practicadas en el proceso, para efectos de determinar el grado de afectación que se haya causado a los demandantes, y con ello determinar si existe o no responsabilidad civil en cabeza de los demandados.

Con relación a lo dicho en el inciso anterior, la Corte Suprema de Justicia expone que, para acceder al pago del perjuicio moral, este debe tasarse con base en lo siguiente:

“...la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “las circunstancias especiales que rodearon este proceso”¹

En ese mismo sentido, en Sentencia SC5686-2018 Radicación N.º 05736 31 89 001 2004 00042 01 con ponencia de la Sra. Magistrada Margarita Cabello Blanco la Corte Suprema de Justicia, entiende por perjuicio moral lo siguiente:

“Puede sostenerse, en consecuencia, que al paso que el perjuicio moral atiende a las consecuencias extrapatrimoniales internas de la víctima, el atinente a la vida de relación busca compensar todas aquellas alteraciones extrapatrimoniales, producto de lesiones corporales, psíquicas o de bienes e intereses tutelados que terminan por afectar negativamente el desenvolvimiento vital de la víctima en su entorno”.

Recuérdese que la indemnización por un daño ocurrido, luego de que se haya producido una declaratoria de responsabilidad civil en contra de la parte pasiva, no debe nunca enriquecer a los demandantes, en un franco desmedro de aquella; toda

¹ SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo (10 de mayo de 2016)

vez que el daño a indemnizar, debe corresponderse exactamente con la magnitud del mismo, y con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales ocurrió el mencionado accidente, ni más ni menos, por lo cual es pertinente recordar que la parte actora no ha allegado al plenario pruebas que permitan definir el grado de afectación moral padecida por la demandante.

Con todo, en gracia de discusión, y sin que implique reconocimiento de responsabilidad en ningún sentido, solicito al Juez de la manera más respetuosa que, tenga en cuenta que, para la tasación de este perjuicio, sólo si eventualmente y remotamente hay lugar a ello, debe ajustarse a los límites jurisprudencialmente establecidos, atendiendo a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado en favor de los demandantes, en un franco desmedro de la contraparte.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Frente a la única pretensión: me opongo a esta pretensión condenatoria, pues tal como se ha venido demostrando a lo largo de esta contestación, no está llamada a prosperar una pretensión de declaratoria de presunta responsabilidad civil a la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S y a quienes integran el extremo procesal pasivo de esta demanda, por los presuntos perjuicios ocasionados a la parte actora de este litigio, toda vez que cumplieron con sus obligaciones, especialmente la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN S.A.S, entidad que atendió al paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ en todas sus lesiones originadas por el accidente de tránsito del 23 de mayo de 2017, practicándole las intervenciones quirúrgicas necesarias para tratar la fractura de tibia izquierda que padecía, por lo que no es jurídicamente viable atribuir responsabilidad civil profesional médica a la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S, en la medida que no exista una culpa médica que se cimiente en la supuesta omisión y falla en el servicio médico que la actora refiere en su escrito demandatorio y más aún cuando las secuelas padecidas por el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ son producto del grave accidente de tránsito del que fue víctima como se encuentra evidenciado en el reporte inicial de nota de egreso del paciente a la Fundación Valle del Lili.

Debe reiterarse que la atención médica se realizó de manera diligente, oportuna y perita tras su requerimiento del servicio, y que en todo momento se procuró por el bienestar del paciente; ello claro está, enmarcado dentro de las obligaciones de medio que tienen los galenos y la misma institución en el tratamiento de sus pacientes, pues no pueden garantizar la cura para sus padecimientos, y solo les es exigible la diligencia y pericia debida, para que desplieguen todas las conductas y protocolos médicos existentes en la materia como se siguió en este caso.

En ese sentido, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia 13925 de fecha 24 de agosto de 2016, sostiene, lo siguiente:

(...)

La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio- se reitera- se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia.(...)

Por lo tanto, la actuación desplegada por los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian S.A.S, se encuentra ajustada a los cánones de la lex artis por lo que de ninguna manera podría atribuírsele a ella los supuestos perjuicios impetrados por la parte actora.

IV. OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el Juramento Estimatorio de la Demanda, toda vez que como se ha venido mencionando a lo largo de este escrito, se evidencia la ausencia de pruebas que permitan inferir que se estructuró la responsabilidad civil contractual y extracontractual que predica la parte actora, además, de que no hay prueba alguna que acredite los supuestos perjuicios causados; y como consecuencia de ello, el resarcimiento económico del daño presuntamente ocasionado, resulta infundado.

Por otro lado, es preciso señalar que, en materia de indemnización de perjuicios, opera el principio de que el daño y su cuantía deben estar plenamente probados para proceder a su

reconocimiento, toda vez que al juzgador le está relegada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio y más aún la magnitud del mismo. En efecto, con miras a la obtención de una indemnización, no basta alegar el supuesto detrimento, por cuanto el mismo no es susceptible de presunción, sino que es obligatorio acreditar debidamente su cuantificación.

En consecuencia, se destaca que la parte actora pretende el reconocimiento y pago de una suma de dinero por concepto de daño emergente; no obstante, la misma denota un evidente ánimo de lucro desmesurado, pues en lo que respecta a los supuestos perjuicios materiales en la modalidad de “daño emergente”, la actora comprendió rubros por tratamientos médicos para la recuperación del menor, de los cuales no se tiene prueba alguna que acredite en primer lugar que dichos tratamientos hayan sido ordenados por el cuerpo médico de alguna de las instituciones médicas que brindaron atenciones al menor, en segundo lugar y en consecuencia de lo anterior, tampoco se ha indicado de manera particular cada uno de los tratamientos que supuestamente requiere el menor, ni se ha discriminado el valor de cada uno de ellos.

Sino que, por el contrario, solo se han allegado copia de recaudos de caja para controles por consulta externa y exámenes de laboratorio de la Fundación Valle del Lili, los cuales no dan cuenta de quien realizó el pago y tan solo indican los seguimientos a su evolución, por lo cual no es posible atribuir dichos gastos a los demandados en este proceso, cuando son procedimientos propios de la EPS que están a su cargo sufragar.

De tal categoría, respecto al daño emergente, debe memorar el Despacho que éste se define como aquella suma patrimonial sustraída del dominio de la víctima como consecuencia del siniestro, es decir, como todos aquellos gastos en los que se ve obligada a incurrir la víctima como resultado del hecho; suma que le es concedida a la demandante, una vez ha demostrado su causación con los elementos materiales probatorios legalmente conferidos, exponiéndose con suma claridad la necesidad que avizoró dicho gasto de conformidad con los hechos manifestados; por lo que, en atención de lo argumentado, en el caso de marras resulta irrazonable y por completo injustificado, el monto que la parte demandante exige por este perjuicio.

V. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

- **LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN EFECTÚA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI PROCURADA.**

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S de Popayán., las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada, y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL ATRIBUIBLE A LA PARTE DEMANDADA POR LA NO DEMOSTRACIÓN DE INEJECUCIÓN, O LA EJECUCIÓN RETARDADA O DEFECTUOSA DE UNA OBLIGACION CONTRACTUAL A CARGO DE LA CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S DE POPAYÁN.**

La responsabilidad civil médica reviste caracteres especiales. En principio, se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, sin embargo, por su especialidad, se encuentra sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, se ha determinado de forma vehemente que este tipo de responsabilidad solo se configura si halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento. Ello, en razón a que la obligación que asume un médico al tratar a un paciente es meramente de medio y no de resultado, de manera que solo puede configurarse una conducta reprochable a aquel si se prueba que no hizo uso de los medios que se encontraban a su alcance y que debía emplear para curar al paciente:

[...] el médico sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar el enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación [...]

En el caso que no ocupa, se tiene que la parte actora, sin ningún medio de prueba que la soporte, asevera que el cuerpo médico de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, desplegó un actuar culposo debido a que supuestamente se dio una falla en la prestación del servicio médico al paciente JOHAN CAMILO SANCHEZ, pues se afirma que hubo

negligencia médica y errores en el servicio de salud brindados al menor desde el 23 de mayo de 2017.

Al respecto debe indicarse que basta observar la Historia Clínica que reposa en el expediente, para concluir la diligencia, el cuidado, la prudencia, la aplicación de la *lex artis*, que fueron adecuadamente cumplidas tanto por el equipo médico, como por el establecimiento hospitalario en la atención médica suministrada a JOHAN CAMILO SANCHEZ.

Dicho lo anterior, resulta oportuno traer a colación las anotaciones de la Historia Clínica de Johan Camilo Sánchez durante su estancia en la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, con las cuales se desvirtúan las atribuciones de responsabilidad que hace la parte actora. Al respecto se precisa lo siguiente:

- El ingreso del paciente fue el día 23 de mayo de 2017, por remisión del Hospital del Tambo para valoración por Ortopedia y Traumatología por lesión sufrida en accidente de tránsito, por lo cual a su llegada se le toma una radiografía y es diagnosticado con Fractura de Tibia Proximal Izquierda Salter y Harris II, indicándose que debía recibir manejo quirúrgico y se le explica a la madre sobre el manejo, riesgos y complicaciones futuras por el tipo de fractura.
- Al día siguiente de su ingreso, es decir el 24 de mayo de 2017 se le realiza cirugía a Johan Camilo Sánchez, previa asepsia y antisepsia para realizar la reducción de epífisis, la cual culmina sin complicaciones y se deja al paciente con férula posterior.

De lo expuesto se colige que, el paciente recibió atención a partir de su ingreso, por parte de profesionales especializados, se realizaron todos los procedimientos necesarios para la estabilización de la lesión del paciente, por lo cual es improcedente indicar una falta de tratamiento específico. Una vez se reporta su buena evolución se le da salida, con las recomendaciones necesarias de cuidado y signos de alarma para acudir a la Clínica, lo que lleva a deducir la buena atención prestada por la institución.

- Posteriormente acude a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S por dolor y salida de lesiones ampollas de la herida, por lo cual el cuerpo médico ordena la toma de paraclínicos e inicia manejo antibiótico. Una vez es valorado por cirugía

plástica se inician curaciones por terapia enterostomal para proceder con el cubrimiento con colgajo de la herida, la cual se realiza el día 30 de junio de 2017 de manera satisfactoria.

- Finalmente, el paciente presenta epidermólisis, condición hereditaria que hace que aparezcan ampollas con facilidad en la herida, por lo cual los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S tuvieron que intervenir nuevamente al paciente para revisar el colgajo que estaba cubriendo la piel. Ahora bien, el tratamiento médico brindado al menor fue integral, por lo que recibió asistencia psicológica y nutricional durante su estadía en dicho centro médico como consta en la Historia Clínica. No obstante, a pesar de la atención oportuna y de calidad que recibió el menor Johan en la Clínica Santa Gracia Dumian, por la gravedad de la fractura que sufrió en el accidente de tránsito del 23 de mayo de 2017, tuvo que ser remitido a otro Hospital con área específica de Infectología Pediátrica, en aras de mejorar su condición de salud.

Con lo expuesto hasta el momento, resulta claro que los médicos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S de Popayán ofrecieron una atención completa, perita y oportuna al menor Johan Camilo Sánchez. Se resalta que el paciente durante sus hospitalizaciones, estuvo bajo el cuidado de un cuerpo interdisciplinario de médicos, tales como médicos generales, especialistas en ortopedia y cirugía plástica, cada uno de los cuales dispuso de su pericia, de las ayudas diagnósticas y procedimientos necesarios para conseguir que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ superara los traumatismos generados por el accidente de tránsito en el que estuvo involucrado.

Solicito comedidamente al Despacho que declare probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL ATRIBUIBLE A LA PARTE DEMANDADA POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.**

Las pretensiones contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos, especialmente porque no existe ningún tipo de obligación en cabeza de los demandados, y por ende de mi representada, ya que en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada, pues en el caso

que nos ocupa, de haberse presentado algún tipo de perjuicio, este se deriva de hechos en los que ninguna injerencia tuvo el demandado y por ende, como a él se le trata de endilgar una responsabilidad Civil, hay que señalar que es inexistente nexo alguno de causalidad que permita edificar semejante cargo.

Adviértase que el artículo 2341 del Código Civil, indica que “(...) *El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido (...)*”, se desprende necesariamente que es obligatorio que la parte demandante acredite la existencia de tres elementos:

a. El hecho dañoso:

En primer lugar, el hecho se refiere a las circunstancias que modifican el mundo exterior y que puede ser realizado por el propio responsable, un tercero bajo dependencia del responsable o por una cosa de propiedad del mismo.

Al respecto, para el doctrinante Javier Tamayo Jaramillo, se trata de un hecho ilícito ya que una persona con su acción u omisión realiza conductas que están previamente prohibidas por el orden jurídico. Por su parte, el elemento de la culpa (hecho culposo) se concibe como uno de los elementos más complejos y determinantes de la responsabilidad civil. Este elemento es fundamento de las teorías subjetivas de la responsabilidad civil en las cuales se tiene consideración de la conducta del autor, evaluándose o examinándose la forma de proceder en cuanto a las circunstancias internas del responsable. La culpa se tiene entonces como el elemento subjetivo de una conducta dañosa que casi siempre está prohibida por la ley.

b. El daño:

En atención de lo manifestado por la H. Corte Suprema de Justicia en Sentencia de 18 de diciembre de 2008², consideró al daño como un elemento estructural de la responsabilidad civil, dicho aparte jurisprudencial dice lo siguiente:

² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia del 18 de diciembre del 2018, expediente 88001-3103-002-2005-00031-01.

“(...) De suyo, que si el daño es uno de los elementos estructurales de la responsabilidad civil, tanto contractual como extracontractual, su plena demostración recae en quien demanda, salvo las excepciones legal o convencionalmente establecidas, lo que traduce que, por regla general, el actor en asuntos de tal linaje, está obligado a acreditarlo, cualquiera sea su modalidad, de donde, en el supuesto señalado, era -y es- imperioso probar que el establecimiento producía utilidades, o estaba diseñado para producirlas en un determinado lapso de tiempo, sin que este último caso, pueda confundirse con el daño meramente eventual o hipotético, que desde ningún punto de vista es admisible (...)”.

Teniendo en cuenta lo expresado por la corte en esta sentencia, si no hay daño no puede hablarse de responsabilidad extracontractual, además cuando se demanda por responsabilidad civil, se debe demostrar el daño que fue causado y le corresponde la carga de la prueba a quien demanda, es decir, el demandante está en la obligación de probar la existencia de dicho daño.

c. Nexo causal entre el hecho y el daño:

Para obtener una declaratoria de responsabilidad civil, deben acreditarse sus elementos esenciales a saber, necesita obligatoriamente la acreditación del vínculo entre el hecho dañoso culpable o delictual y el daño acaecido por la víctima, sin embargo, valga aclararse, este vínculo tiene que reunir determinadas condiciones, luego, no es suficiente con una hipotética ligazón abstracta.

Es necesario concluir que la no existencia del vínculo requerido para desplegar la existencia de una responsabilidad civil genera la absolución de mi asegurada CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S, toda vez que la parte demandante no logra elucidar de manera clara y precisa cómo el actuar de la demandada, fue una causa determinante y eficiente para la producción del perjuicio por el que quiere ser indemnizado. Por tanto, al no haberse acreditado la existencia de culpa en cabeza de la parte demandada, consecuentemente mi representada no puede ser condenada al pago de la indemnización pretendida por la actora.

Al respecto la H. Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado sobre los elementos para configurar responsabilidad, en los siguientes términos:

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

Aterrizando estos presupuestos al caso concreto, se encuentra que no hay elementos de convicción suficientes que permitan estructurar la responsabilidad civil extracontractual que se pretende. De manera semejante como se expuso en líneas precedentes, en este asunto se observa claramente en el Resumen de la Historia Clínica de la Fundación Valle del Lili, que fue el último centro médico que atendió al paciente, que el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ había ingresado por en el contexto de un panosteomielitis de miembro inferior izquierdo, con defecto masivo de tejidos blandos, secundario a fractura tibial por accidente de tránsito del 23 de mayo de 2017, por lo cual las lesiones sufridas por el menor son producto de la gravedad del accidente de tránsito en el que se vio involucrado ; y en ese orden de ideas, ya que el vínculo de causalidad entre el hecho y el daño se ha roto, y la parte demandante no logró elucidar de manera clara y precisa cómo el actuar de los galenos de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S fueron la causa determinante y eficiente para el perfeccionamiento del perjuicio que exige se le repare, no se logra encontrar probada la existencia de los elementos estructurales de la responsabilidad civil extracontractual en contra de la demandada.

Por lo expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

- **EL TRATAMIENTO SUMINISTRADO AL PACIENTE JOHAN CAMILO SANCHEZ FUE ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, Y CON SUJECCIÓN A LOS PROTOCOLOS.**

Se formula esta excepción en virtud de que, el paciente Johan Camilo Sánchez, desde su ingreso a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S el 23 de mayo de 2017, fue atendido de forma oportuna, realizando examen físico, se ordenaron y practicaron paraclínicos y radiografía, se efectuó diagnóstico, se le suministraron antibióticos, actuaciones que fueron realizadas de forma pertinente, diligente y sin obstáculos por parte de la clínica demandada, como se confirma con la respectiva Historia Clínica. Por ello, no se comprende el reproche y la censura puntual frente a la atención médica de la institución.

La historia clínica, resultados diagnósticos y el protocolo médico, descartan una falla en el servicio médico prestado al paciente. Es importante resaltar que las lesiones y posteriores secuelas presentadas por Johan Camilo Sánchez tienen un origen claro, el cual es el accidente de Tránsito en el que resultó involucrado el día 23 de mayo de 2017, los médicos atendieron su fractura de forma diligente, por lo cual debe descartarse cualquier duda que pueda suscitar la tergiversación de hechos que esgrime la parte actora como fundamento de sus injustas pretensiones, que denotan la búsqueda de una indebida indemnización.

En conclusión, puede decirse de manera diáfana que no está probada la culpa, ni mucho menos una relación causal entre las conductas desplegadas por la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S y el daño reclamado.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE CONLLEVA EL SERVICIO MÉDICO ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.**

Es de advertir que el médico frente al paciente contrae una obligación de medio y no de resultado, esto significa que el objeto de la obligación consiste en la aplicación de su saber y proceder en favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal o rutinariamente aplicaría cualquier otro profesional de la medicina, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia éxito genere un incumplimiento.

En ese sentido, se ha pronunciado la Sala de Casación Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia, en la sentencia de 1 de diciembre de 2011, expediente 05001-3103-008-1999-00797-01 que en lo pertinente indicó:

*(...) 5.1. Un precedente de frecuente recordación se halla en la sentencia de 05 de marzo de 1940, donde se precisó que la “obligación del médico” es por: “regla general de “medio”, y en esa medida “(...) el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los cuidados de prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste”, y en el tema de la “culpa” se comentó: “(...) **la responsabilidad del médico no es ilimitada ni motivada por cualquier causa sino que exige no sólo la certidumbre de la culpa del médico sino también la gravedad.** (...) no la admiten cuando el acto que se le imputa al médico es científicamente discutible y en materia de gravedad de aquélla es preciso que la culpa sea grave, (...)”*

*Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. **Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.** (...)” (Negrillas propias).*

Así entonces, trasladando lo anterior al caso *sub judice*, resulta evidente que la atención médica brindada por Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ, nunca restringió los recursos técnicos y humanos de que disponían, sino que se puso a su disposición todos los insumos que a consideración de los galenos requería, como lo fueron: las diferentes consultas con ortopedia, cirugía plástica, toma de paraclínicos, tratamientos analgésicos y antibióticos, entre otros, propendiendo siempre por su recuperación.

En este orden de cosas, claro resulta que contrario a lo expuesto por la parte actora, el comportamiento de los profesionales de Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, aquí demandados, fue diligente, acertado y acorde con la *lex artis*, por lo que, ante la orfandad probatoria de una negligencia, imprudencia o impericia médica, no es dable considerar a la institución, responsable del daño alegado por los actores, siendo consecuente que se profiera sentencia favorable a los intereses de mi asegurada.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE PRUEBAS QUE ACREDITEN LOS PERJUICIOS SOLICITADOS POR LA PARTE DEMANDANTE EN EL PRESENTE LITIGIO.**

Señor Juez, teniendo en cuenta la inexistencia de los requisitos axiológicos de la responsabilidad civil para este caso, consideró que no es justificable ni sustentable que se reconozca la reparación de ningún perjuicio solicitado por la parte demandante, como quiera que no se encuentran probados hasta este episodio procesal, se tiene que los perjuicios alegados no se han probado ni se tasaron con ajuste a los postulados jurisprudenciales establecidos para el efecto.

En lo que se refiere al daño emergente, como ya se ha dicho anteriormente en esta contestación la parte actora aduce que este perjuicio se ha generado por los tratamientos que necesita el menor para su recuperación, no obstante, en el plenario solo se allegaron recaudos de caja de la Fundación Valle del Lili por consulta externa y toma de exámenes de laboratorio, mas no de tratamientos que algún médico haya ordenado, ni su precio determinado de manera particular, aunado a ello si bien se hicieron unos pagos como consta en los recaudos de caja, no se sabe quién efectuó el pago y queda la incertidumbre de porque no fue la EPS ASMET SALUD a la cual estaba afiliado el menor la que realizó los pagos cuando es una obligación que está a su cargo. Finalmente, pero no menos importante, la parte actora solicita la suma de \$92.000.000 por concepto de este perjuicio, pero de los recaudos que se anexaron no es posible determinar esta cifra altamente exagerada.

Ahora bien en cuanto al perjuicio moral la Corte Suprema de Justicia ha reseñado que el mismo se encuentra encaminado a reparar la congoja, impacto directo, en el estado anímico espiritual y en la estabilidad emocional de la persona que sufrió la lesión y de sus familiares³ con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la relación litigiosa, sin perjuicios de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia, pero en el expediente no reposa prueba alguna que acredite la afectación moral de la víctima ni de sus familiares, además de ello se estima

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004-032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

por valores que a todas luces superan los lineamientos jurisprudenciales, queriendo equipar el valor reconocido por muerte de \$60.000.000 a una lesión, por lo cual no es viable su reconocimiento.

Ante este panorama, solicito al Despacho desatender la pretensión que realiza en este sentido la parte actora, por resultar abiertamente desproporcionada.

- **CASO FORTUITO**

Esta excepción se propone sin perjuicio de las anteriores y sin que ello implique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, toda vez que la ciencia médica al no ser exacta, comporta ciertos riesgos que son inherentes a su práctica, y que en todo caso, obedecen a las condiciones físicas de cada uno de los pacientes, entonces si la atención médica cumple con los protocolos y guías de atención, no es atribuible al acto médico, pues es una situación a todas luces súbita, imprevista e irresistible.

En ese orden de ideas, de llegar a acreditarse durante el decurso procesal respectivo, que en este caso se configuró un evento o situación constitutiva de caso fortuito, la aquí demandada, deberá ser exonerada de cualquier tipo de responsabilidad y/o condena en contra.

Ruego declarar probada esta excepción.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.**

Esta excepción se fundamenta en un hecho que es común denominador de la demanda, cual es la recurrente alusión a perjuicios que no están probados, de manera que, pese a la imposibilidad de prosperidad de las pretensiones indemnizatorias debido a la atipicidad de la demanda presentada y a la adecuada atención que se le brindó de forma profesional a la paciente, de todos modos debe destacarse que ni siquiera en gracia de discusión puede acceder a peticiones como las demandadas, en cuanto constituyen la búsqueda de indemnización de un detrimento no padecido.

Por ende, ruego declarar probada esta excepción.

CAPITULO II

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S A LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS.

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1: Es cierto sólo en cuanto a que mi representada LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, y la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S, se concertaron los contratos de seguro documentados en las Pólizas de Responsabilidad Civil para Clínicas y Hospitales que se relacionan a continuación: **i)** Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171, con certificado de renovación No. 8, con vigencia desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 y retroactividad desde el 17 de mayo de 2012, **ii)** Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142, vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019 con retroactividad desde el 17 de mayo de 2012. Este contrato de seguro da continuidad a la Póliza de Responsabilidad Civil Clínica y Hospitales No. 1040171 como se indicó en la carátula de la póliza.

Sin embargo, es de aclarar que en las pólizas mencionadas, se concertaron bajo la modalidad de cobertura tipo “CLAIMS MADE” o “de reclamación”, la cual implica que para que dichos contratos de seguro ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”, y (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en la carátula de ambas pólizas.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que, aparentemente los hechos ocurrieron el 23 de mayo de 2017, y el reclamo al asegurado se materializó con la audiencia de conciliación solicitada el día 29 de enero de 2019 y celebrada el día 21 de febrero de 2019 en el Centro de Conciliación Justicia para Todos de Popayán. En ese sentido, el único contrato de seguros que eventualmente podría afectarse en el caso concreto, sería aquel documentado en la Póliza No. 1058142 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019, por cuanto se cumplen con los requisitos de la modalidad de cobertura Claims Made, sin embargo no se ha demostrado la realización del riesgo asegurado, en razón a que no existen pruebas en el expediente, a partir de las cuales se acrediten los

elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, entidad que prodigó al paciente una atención inmediata, oportuna, diligente, perita y plenamente ajustada a la *lex artis*.

En el presente caso, tenemos que el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171 certificado No.8, vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018, no se circunscribe al ámbito temporal anteriormente explicado, razón por la cual no podrá afectarse en el caso particular.

Así mismo, debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2: Es cierto, solo en cuanto a que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínica y Hospitales No. 104071 con certificado No. 8, estaba vigente para la fecha de ocurrencia del hecho, pero dicha póliza fue concertada bajo la modalidad de cobertura tipo Claims Made o *“de reclamación”*, la cual implica que para que dichos contratos de seguro ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza *“o dentro del período de retroactividad pactado”*, y (ii) que *“se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”*, tal y como se pactó en la caratula de dicha póliza.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que, aparentemente los hechos ocurrieron el 23 de mayo de 2017, y el reclamo al asegurado se materializó con la audiencia de conciliación solicitada el día 29 de enero de 2019 y celebrada el día 21 de febrero de 2019 en el Centro de Conciliación Justicia para todos de Popayán, es decir por fuera de la vigencia del referido contrato de seguro No. 1040171, razón por la cual no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora que represento al no cumplirse de manera concomitante con los dos requisitos que se requieren para que ofrezca cobertura este contrato asegurativo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 3: Es cierto que la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S fue demandada en el proceso de la referencia, por una supuesta negligencia y falla en la prestación del servicio de salud brindado al paciente Johan Camilo Sánchez.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 4: Es cierto que se adelantó Audiencia de Conciliación prejudicial en el Centro de Conciliación Justicia para Todos de Popayán los días 11 y 21 de febrero de 2019. No obstante, al respecto es preciso aclarar, que si bien en el caso particular la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 1058142, vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019 al que hace alusión la convocante, estaba vigente para la fecha de solicitud de la conciliación, solo se podría afectar, si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 5: Es cierto solo en cuanto a la transcripción que la parte convocante realiza del “Objeto del Contrato y el Amparo 1.1 Responsabilidad Civil Profesional Médica” de la descripción del alcance de la cobertura de los contratos de seguro con base en los cuales fue llamada en garantía mi representada.

No obstante, debe aclararse que la obligación indemnizatoria de la aseguradora sólo puede predicarse si se comprueba que se realizó el riesgo asegurado, sujeto a las distintas condiciones de la póliza, siempre y cuando no se configure ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, ya sea de origen convencional o legal, todo sin perder de vista que la obligación del asegurador, por ser condicional, no es exigible mientras no se compruebe la realización de la condición suspensiva convenida, que en tratándose del amparo de responsabilidad, es precisamente el nacimiento de la responsabilidad civil de la entidad asegurada.

Adicionalmente, también se debe cumplir de manera simultánea con los presupuestos de la modalidad de cobertura *Claims Made* o “*de reclamación*”, la cual implica que para que

dichos contratos de seguro ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”, y (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en la carátula de ambas pólizas.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 6: No es cierto en la forma que está planteado, en el caso particular no podrían operar de manera simultánea todos los contratos de seguro a los que hace alusión la convocante, toda vez que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171, con certificado de renovación No. 8 con vigencia desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 con retroactividad desde el 17 de mayo de 2012 y la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142, vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019 con retroactividad desde el 17 de mayo de 2012, operan bajo la modalidad de cobertura tipo “claims made” o “de reclamación”, la cual implica que para que los mismos ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o del período de retroactividad pactado”, y (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en la carátula de dicha póliza.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que, aparentemente los hechos ocurrieron el 23 de mayo de 2017, y el reclamo al asegurado se materializó con la audiencia de conciliación solicitada el día 29 de enero de 2019 y celebrada el día 21 de febrero de 2019 en el Centro de Conciliación Justicia para todos de Popayán.

En ese sentido, el único contrato de seguros que eventualmente podría afectarse en el caso concreto, sería aquel documentado en la Póliza No. 1058142 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019, por cuanto se cumple con los requisitos de la modalidad de cobertura Claims Made y no la Póliza de Responsabilidad Civil Clínica y Hospitales No. 104071 con certificado No. 8 vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 como lo indica la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, por cuanto la reclamación estaría por fuera de la cobertura. Sin perjuicio de que no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora que represento, en razón a que no existen pruebas en el expediente, a partir de las cuales se acrediten los elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, entidad que prodigó al paciente una atención inmediata, oportuna, diligente, perita y plenamente ajustada a la lex artis.

Dicho lo anterior, no se podrá afectar bajo ninguna razón la Póliza No. 1040171, vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018, por cuanto en su vigencia no se cumplieron los requisitos que exige la modalidad de cobertura de la Póliza Claims Made descritos anteriormente.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

A LA PRETENSION NÚMERO 1: Me opongo rotundamente a que se condene a mi prohijada a responder patrimonialmente, como quiera que la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S, cumplió cabalmente con sus obligaciones legales y contractuales al momento de la atención prodigada al menor JOHAN CAMILO SANCHEZ y el posterior manejo a su cuadro clínico, garantizando el acceso a un manejo médico continuo, con el lleno de los requisitos y estándares de calidad y de manera oportuna la atención conforme a la sintomatología que presentaba el paciente; sin que sea imputable a la demandada la causa eficiente de las supuestas secuelas; pues reitero, la atención médica prestada se brindó de manera diligente, oportuna y perita, tras su requerimiento del servicio, atención que en todo momento procuró por su bienestar; ello claro está, enmarcado dentro de las obligaciones de medio que tienen los galenos y la misma institución en el tratamiento de sus pacientes, pues no pueden garantizar la cura para sus padecimientos, y sólo les es exigible la diligencia y pericia debida, para que desplieguen todas las conductas y protocolos médicos existentes en la materia.

Como ya se ha argumentado de manera reiterada y suficiente, las pretensiones contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, especialmente porque no existe ningún tipo de obligación en cabeza de la demandada, ya que en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada.

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

Sin perjuicio de lo anterior, me opongo a que se imponga cualquier tipo de condena con base en el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171 certificado No. 8 vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 debido a que la misma no ofrece cobertura de ningún tipo en el presente caso, al no cumplirse con los requisitos de la modalidad de cobertura Claims Made, la cual implica que para que dichos contratos de seguro ofrezcan cobertura, se deben reunir concomitante los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza “o dentro del período de retroactividad pactado”, y (ii) que “se hayan reclamado dentro de la vigencia de la póliza”, tal y como se pactó en la caratula de dicha póliza.

Dicho lo anterior, la única Póliza que podría afectarse en el caso que se declare responsabilidad civil, sería la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019, sin embargo, el despacho deberá tener en cuenta que debe ocurrir el siniestro y a la vez cumplir con los requisitos de la modalidad de cobertura de la póliza Claims Made, para que opere la Póliza en mención, claramente atendiendo lo expresamente estipulado en las condiciones de la referida póliza , en donde se establece su ámbito, extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo y su vigencia, en el hipotético caso que se declare la existencia de responsabilidad civil de la demandada.

III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Como excepciones perentorias propongo las siguientes:

- **INEXISTENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1040171 CERTIFICADO No. 8 VIGENTE DESDE EL 17 DE MAYO DE 2017 HASTA EL 17 DE MAYO DE 2018, TODA VEZ QUE EN EL CASO PARTICULAR NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA “CLAIMS MADE”.**

Sea lo primero indicar al formular esta excepción, que la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 1040171 vigente desde el 17

de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 y con fecha de retroactividad desde el 17 de mayo de 2012, mediante la cual se formuló el Llamamiento en Garantía formulado a LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, opera bajo la modalidad de cobertura denominada "Claims Made", en virtud de la cual se deben cumplir de manera simultánea los siguientes requisitos: (i) Que los hechos ocurran dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado, (ii) Que los eventos sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que en el caso particular, si bien los hechos ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado en la póliza, el reclamo al asegurado se materializó con la audiencia de conciliación solicitada el día 29 de enero de 2019 y celebrada el 21 de febrero de 2019 en el Centro de Conciliación Justicia para Todos de Popayán, es decir por fuera de la vigencia del referido contrato de seguro, razón por la cual no existe a cargo de mi representada obligación de indemnizar, por cuenta de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1040171 vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018 y con fecha de retroactividad desde el 17 de mayo de 2012, pues si bien estuvo vigente para el momento es que se supone ocurrieron los hechos, no lo estuvo **para la fecha en que se hizo la reclamación al asegurado, dejando por fuera de la cobertura, el cumplimiento de uno de los requisitos indispensables para que opere este tipo de póliza.**

Por último, y sin perjuicio de lo inmediatamente explicado, se debe reiterar que los contratos de seguros por los que fue llamada en garantía mi representada, se circunscriben a lo expresamente estipulado en sus condiciones, en donde se establecen su ámbito, extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, las exclusiones de amparo, su vigencia, y por supuesto que exista responsabilidad civil comprobada, que en el presente caso tampoco ocurrió.

En tal sentido, ruego al señor Juez declarar que los hechos acaecidos se encuentran por fuera de la delimitación temporal de la cobertura de la Póliza No. 1040171 por la que fue vinculada mi representada y por tanto no comprometen a la aseguradora ni generan la obligación de indemnizar.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO, MEDIANTE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142, VIGENTE DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

La Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito *sine qua non* la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato.⁴

En las condiciones generales del contrato de seguro documentado por la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142, suscrito entre la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S y mi representada, se estableció lo siguiente:

“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 presente póliza o el periodo de retroactividad contratado y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza”.

Como ya se ha argumentado de manera reiterada y suficiente, las pretensiones contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad; especialmente porque no existe ningún tipo de obligación en cabeza de la demandada, ya que en la esfera de la responsabilidad civil implorada no se constituyen los elementos necesarios para que la misma sea predicada.

Dicho lo anterior, en el presente contrato de seguros, es importante indicar que la compañía aseguradora se comprometió a indemnizar por el daño causado por el asegurado por el

⁴ Sentencia 9566 de 22 de julio de 2014, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo

cual este sea legalmente responsable; pero en este caso, se evidencia que tal responsabilidad no se estructuró, pues quienes integran las pasiva de esta acción, no se pueden entender bajo ninguna circunstancia como responsables de las presuntas lesiones y perjuicios que el demandante alega, en la medida que quedo claramente evidenciado que por la gravedad de la fractura producto de un accidente de tránsito que sufrió el menor JOHAN CAMILO SANCHEZ fue la que produjo las complicaciones posteriores que fueron tratadas por las demandadas en esta acción, y no por una mala praxis o negligencia en la prestación del servicio de salud como lo pretende indicar la parte accionante.

Entonces, si bien una de las obligaciones que tiene el asegurador al suscribir un contrato de seguro es el pago de la indemnización, es imprescindible tener en cuenta que, por ser una obligación condicional, efectivamente se debe haber realizado el riesgo asegurado.

Al respecto y en aras de aclarar al Despacho sobre lo pactado entre las partes procedo a citar el siguiente aparte del clausulado del contrato de seguro:

“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 ocurridos durante la vigencia de la póliza o en el período 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”.

En el presente caso, no se puede confundir las complicaciones médicas sufridas por JOHAN CAMILO SANCHEZ con la realización del riesgo asegurado, pues como se pactó en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142, solo habrá lugar a la indemnización cuando se encuentre manifiestamente responsable al asegurado, y para ello el demandante debió acreditar que los presuntos perjuicios sufridos por el menor, ocurrieron exclusivamente por las actuaciones de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S amparada por el contrato de seguro en mención. Por lo que, en este caso, mi representada no se encuentra obligada a indemnizar a la parte demandante.

Por lo expuesto, sírvase señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES PACTADOS EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA**

**RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142 VIGENTE
DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

Pese a la ausencia de fundamento de la acción, la carencia de los derechos invocados por la parte actora y por la no realización del riesgo asegurado, en gracia de discusión y sin que ello signifique el reconocimiento de obligación alguna a cargo de mi representada, cabe mencionar que en el remoto evento de que prosperaran una o algunas de las pretensiones del escrito de la demanda, se destaca que en los contratos de seguro, se estipularon las condiciones, los límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, etc., de manera que exclusivamente son estos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento, incluso y sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad, que pido declarar en el fallo.

Debe señalarse que todo pronunciamiento que se haga en virtud de la existencia de un contrato de seguro debe sujetarse inexorablemente al tenor literal del mismo, toda vez que es este el documento donde quedó plasmada la voluntad de los contratantes y la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1056 de la normativa comercial que consagra:

“Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”

Por lo tanto, todo pronunciamiento se debe ceñir al condicionado particular y general del contrato de seguro ya que, como lo dijo la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia:

“(…) son la columna vertebral de la relación aseguraría y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de este negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo

asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar”

Por lo tanto, son las condiciones de la póliza las que enmarcan las obligaciones del asegurador, por lo que el juzgador debe ceñirse a lo enunciado en tales condiciones generales y particulares del contrato de seguro. Vale la pena recordar al respecto que el contrato de seguro contiene una obligación condicional a cargo del asegurador, (la de indemnizar), una vez ha ocurrido el riesgo que se ha asegurado (Arts. 1045,1536 y 1054 ibídem).

De otro lado, es necesario resaltar que conforme a las condiciones particulares correspondientes a la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142 que sirvió como fundamento a la convocatoria de mi representada, quedaron debidamente pactadas las siguientes coberturas y límites:

“AMPAROS CONTRATADOS

AMPARO	VALOR ASEGURADO
<i>1. Uso de equipos de diagnóstico y terapia</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>2. Errores u omisiones profesionales</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>4. Pago de causaciones, fianzas y costas</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>5. Cobertura R.C Clínicas y Hospitales</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>6. Predios, labores y operaciones</i>	<i>\$1.000.000.000.00</i>
<i>7. Gastos médicos</i>	
<i>Límite agregado anual</i>	<i>\$ 50.000.000.00</i>
<i>Límite por evento o persona</i>	<i>\$ 10.000.000.00</i>
<i>9. Daños Extrapatrimoniales</i>	<i>\$ 300.000.000.00</i>
<i>10. Gastos Judiciales</i>	
<i>Límite agregado anual</i>	<i>\$ 150.000.000.00</i>
<i>Límite por evento o persona</i>	<i>\$ 20.000.000.00”</i>

También, debe tenerse en cuenta que, en las condiciones particulares del referido certificado, que hacen parte integral del contrato de seguro, base “Claims Made” encontramos los límites a la suma asegurada, que a la letra dice:

“4 CLÁUSULA CUARTA: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El límite máximo de responsabilidad, asumido por PREVISORA al producirse el evento amparado, será el que se encuentra estipulado en la carátula de la presente póliza.

Si se presentaren varias reclamaciones contra el asegurado durante la vigencia de la póliza, la responsabilidad máxima de PREVISORA, por ningún motivo podrá exceder, los límites globales indicados en la carátula de la presente póliza.

Cuando en una cláusula o amparo adicional se estipule un sublímite por persona o por evento o por vigencia, tal sublímite será el límite máximo de indemnización que le aplique a dicha cobertura, la cual hará parte del límite asegurado global de la póliza.

Este límite asegurado se reducirá en igual cantidad del monto indemnizado y no habrá restablecimiento automático del valor asegurado.

Límite Agregado Anual de Cobertura: Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos a consecuencia de distintos servicios profesionales de atención en la salud de los pacientes y/o eventos, 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 el cual comprende los valores indicados de manera individual para cada cobertura”.

Téngase en cuenta que expresamente en la póliza, se estipuló el límite de la cobertura de Responsabilidad Civil para hechos amparados por el contrato y en este punto impera el precepto del Art. 1079 del C. de Co., conforme al cual el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas.

Adicionalmente, en el hipotético caso que se establezca responsabilidad civil en cabeza de la Clínica Santa Gracia Dumian Medical S.A.S., y eventualmente se condene a la misma a reconocer los perjuicios alegados por los demandantes, debe tenerse en cuenta, que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a las condiciones de la póliza, con sujeción a los límites asegurados y a la demostración (por parte del beneficiario) del perjuicio alegado y su cuantía, siempre y cuando no se configure una causal legal o convencional de inoperancia del contrato de seguro.

Respetuosamente, solicito declarar probada esta excepción.

- **SUBLÍMITE DEL RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES PACTADO EN EL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTANDO EN LA PÓLIZA DE**

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142
VIGENTE DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

Es necesario indicar que, en materia de seguros, el asegurador, según el Artículo 1056 del C. de Co., "... podrá, a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado o la cosa asegurados ...", por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

Luego obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a la potestad estatuida legalmente (art. 1056 C. Co)

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (art. 1056 y 1127 del C.CO), se infiere lógicamente la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no solo a la relación riesgo- causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo- efecto, es decir , que resulta valido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños.

Tratándose de seguros de responsabilidad, para que nazca la obligación del asegurador de indemnizar los perjuicios extrapatrimoniales, dicha obligación ha de estar expresamente estipulada en el respectivo contrato. Para este caso, en la Póliza No. 1058142, se indicó referente a los sublímites lo siguiente:

"Sublímites

3. Perjuicios Extrapatrimoniales, sublimitado a \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza".

Dicho lo anterior, el despacho deberá tener en cuenta el sublímite pactado por las partes del contrato asegurativo, respecto del valor de la suma máxima que podrá ser reconocida por perjuicios extrapatrimoniales, sin que en ningún momento esta sea sobrepasada.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142 VIGENTE DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

Se propone la presente excepción, indicando que el deducible fue definido en las condiciones generales de la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1058142, así:

“6. CLÁUSULA SEXTA: DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto o porcentaje pactado como deducible indicado en la carátula de la póliza y/o en las Condiciones Particulares por cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza”.

Ahora bien, en las condiciones particulares de la póliza de Responsabilidad Civil No. 1058142 se estipuló lo siguiente:

“AMPAROS CONTRATADOS

AMPARO	VALOR ASEGURADO
1. Uso de equipos de diagnóstico y terapia	\$1.000.000.000.00
2. Errores u omisiones profesionales	\$1.000.000.000.00
4. Pago de causaciones, fianzas y costas	\$1.000.000.000.00
5. Cobertura R.C Clínicas y Hospitales	\$1.000.000.000.00
Deducible: 12.00% del valor de la pérdida Mínimo 15.000.000.00	
6. Predios, labores y operaciones	\$1.000.000.000.00
7. Gastos médicos	
Límite agregado anual	\$ 50.000.000.00
Límite por evento o persona	\$ 10.000.000.00
9. Daños Extrapatrimoniales	\$ 300.000.000.00
Deducible: 12.00% del valor de la pérdida Mínimo 15.000.000.00	
10. Gastos Judiciales	
Límite agregado anual	\$ 150.000.000.00
Límite por evento o persona	\$ 20.000.000.00”

Es así como en el caso de una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, se deberá tener en cuenta esta porción que de la pérdida deberá asumir el asegurado, según lo establecido en la Póliza No. 1058142 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019.

Solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **LAS EXCLUSIONES DE AMPARO EXPRESAMENTE PREVISTAS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 1058142 VIGENTE DESDE EL 19 DE JUNIO DE 2018 HASTA EL 19 DE JUNIO DE 2019.**

Se propone esta excepción, toda vez que en las condiciones particulares de la Póliza de seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 1058142 se establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella; en efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo.

Ahora bien, tal como lo señala el artículo 1056 del código de comercio, el asegurador puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

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

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

En consecuencia, de hallarse configurada, según la prueba recaudada, al menos una de las exclusiones consignadas en las condiciones generales o particulares de la póliza, no

habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

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

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA**

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

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

- **GENÉRICA O INNOMINADA**

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

IV. OPOSICIÓN A LAS PRUEBA PERICIAL SOLICITADA POR LA PARTE ACTORA

Me opongo desde ya a la prueba pericial solicitada ante la Universidad CES de Medellín, como quiera que el apoderado judicial de la parte demandante debió haber allegado el dictamen pericial con la demanda o solicitar plazo para presentarlo, conforme lo dispone el artículo 227 del Código General del Proceso.

V. MEDIOS DE PRUEBA

- **DOCUMENTALES**

De conformidad con el artículo 243 y siguientes del Código General del Proceso, respetuosamente solicito que sean tenidas en cuenta las siguientes pruebas documentales:

1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 1040171, con certificado no. 8 vigente desde el 17 de mayo de 2017 hasta el 17 de mayo de 2018, su carátula, condicionado general y particular y anexos que de ella son parte integral, en la que obra como asegurado la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.
2. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No.1058142, certificado No. 0 y No. 1 vigente desde el 19 de junio de 2018 hasta el 19 de junio de 2019, su carátula, condicionado general y particular y anexos que de ella son parte integral, en la que obra como asegurado la CLÍNICA SANTA GRACIA DUMIAN MEDICAL S.A.S.
3. Copia del condicionado general RCP 006-05 de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No.1058142.

Los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

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

- **TESTIMONIALES**

Respetuosamente solicito a este Despacho decretar el testimonio de la Dra. JINNETH HERNANDEZ GALINDO, mayor de edad y vecina de Cali, quien podrá ser citarse en la Calle 4 No. 75-71 Apto.515, Torre 4, Conjunto Bocana Real, en la ciudad de Cali, abogada asesora externa de la PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS. Este testimonio es conducente, pertinente y útil ya que puede ilustrar al Despacho sobre la manera en la que opera la modalidad de cobertura denominada “CLAIMS MADE”, la manera en la que operan los amparos, y en que se aplican las condiciones generales y particulares que son parte de los contratos de seguros en virtud de los cuales se realizó el llamamiento en garantía y en general para que

deponga sobre todas las pólizas en virtud de las cuales se formuló la presente convocatoria a mi representada.

- **INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES, INTERROGATORIOS DE PARTE Y TESTIMONIOS.**

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

Me reservo el derecho de interrogar a los testigos solicitados por la parte demandante, especialmente al Dr. Fausto Alonso Díaz Granados Suarez.

- **RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PROVENIENTES DE TERCEROS**

El artículo 262 del Código General del Proceso faculta a las partes dentro de un proceso para que, si a bien lo tienen, soliciten la ratificación de los documentos provenientes de terceros aportados por la parte contraria. Vale la pena resaltar que esta disposición establece una clara consecuencia jurídica ante el evento en que una parte solicite la ratificación del documento y ello no se lleve a cabo:

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

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

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

- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003024361 del 04 de noviembre de 2017 por valor de \$ 9.751, por concepto de hospitalización.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003032500 del 10 de noviembre de 2017 por valor de \$ 133.858, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003068741 del 02 de diciembre de 2017 por valor de \$ 93.300, por concepto de imágenes diagnósticas.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003068630 del 02 de diciembre de 2017 por valor de \$ 153.100, por concepto de copago laboratorio clínico.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003103378 del 26 de diciembre de 2017 por valor de \$ 165.200, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003103357 del 26 de diciembre de 2017 por valor de \$ 78.259, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003108598 del 02 de enero de 2018 por valor de \$ 57.933, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003118540 del 10 de enero de 2018 por valor de \$ 61.052, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003131096 del 17 de enero de 2018 por valor de \$ 82.125, por concepto de anticipo consulta externa. (no tiene sello de recibido)
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003144190 del 24 de enero de 2017 por valor de \$ 61.264, por concepto de anticipo consulta externa.
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003155187 del 30 de enero de 2018 por valor de \$ 65.063, por concepto de anticipo consulta externa. (no tiene sello)
- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No.10030207471 del 28 de febrero de 2018 por valor de \$ 172.000, por concepto de copago y anticipo de consulta externa.

- Recaudo de Caja emitido por la Fundación Valle del Lili No. 1003288090 del 17 de abril de 2018 por valor de \$ 159.300, por concepto de anticipo laboratorio clínico.

Por lo anterior, solicito se cite a las personas que como terceros suscribieron los documentos aportados por la parte demandante, a fin de que se sirvan reconocer el contenido de los mismos.

De acuerdo con lo expuesto, respetuosamente solicito al Honorable Juez proceder de conformidad.

VI. ANEXOS

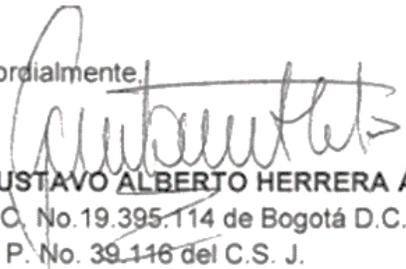
1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.

VII. NOTIFICACIONES

A la parte actora y a la convocante, en las direcciones consignadas en los escritos de demanda y de contestación de la misma.

A mí representada, LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, en la Calle 57 # 9-07 de la ciudad de Bogotá.

Al suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 Centro Empresarial Chipichape de la ciudad de Cali y al correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,

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

