

454

Señores:

JUZGADO CUARTO (4°) CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN
E.S.D.

Demanda 23/2020
1 marzo 27 folios y. 08
Anexos. 9
He 11.2/01

REFERENCIA: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DEMANDANTE: MARITZA OLAYA BALANTA Y OTROS

DEMANDADO: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA Y LA ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA "ASMET SALUD" E.P.S.

LLAMADOS EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A. Y OTRO

RADICACIÓN: 2019-00056-00

DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES, identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.061.751.492 de Popayán (Cauca), abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 263.335 del C.S. de la J., obrando en calidad de Apoderada Sustituta de la **ALLIANZ SEGUROS S.A.** de conformidad con el poder ante usted concedido, encontrándome dentro del término legal, procedo, en primer lugar, a contestar la Demanda Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual, incoada por la señora **MARITZA OLAYA BALANTA Y OTROS** en contra de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** y **LA ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA "ASMET SALUD" E.P.S.**; y en segundo lugar, a contestar el llamamiento en garantía formulado a mi procurada por la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**; para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen en el presente escrito, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, de conformidad con lo que se consigna a continuación:

CAPÍTULO I PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho "2.1.": en este hecho se realizan varias apreciaciones frente a las cuales me referiré de la siguiente manera:

- A mi prohijada no le consta de manera directa si el día 03 de abril del 2016, el señor **MIGUEL OLAYA** presentó la sintomatología que se describe en este numeral, ni si como consecuencia de ello, habría acudido junto con su hija Maritza Olaya Balanta al servicio de urgencias de la Clínica Comfacauca I.P.S. puesto que se trata de hechos y circunstancias extrañas al rol normal de las actividades que desarrolla la Compañía que represento; no obstante, es preciso señalar que, de conformidad con la Historia Clínica del paciente, se tiene que, a las 08:04:52 pm del 03 de abril del 2016, el señor **MIGUEL OLAYA** habría ingresado a Urgencias de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, refiriendo como motivo de consulta: "(...) me duele el pecho y tengo mareo (...)". Como se observa a continuación:



IPS CLINICA COMFACAUCA
CRA 25#20C - 300 PUERTO TEJADA
Codigo IPS: 1957306188-05 NIT: 891500182-0

37

TRIAGE

Vro ADMISION	185250	sábado, 16/07/16 10 34 20 AM
Fecha Ingreso	03/04/2016	Hora Ingreso: 08.04:52 p.m.
Fecha Atención	03/04/2016 08:39:31 p.m.	
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE		
Identificación	CC 1511660	Nombres y Apellidos: <u>MIGUEL OLAYA</u>
Fecha Nacimiento	02/02/1938	Edad: Sexo: M Dirección: VEREDA LA PRIMAVERA
Telefono:	Departamento: CAUCA	Municipio:
Entidad:		
PRIORIDAD Y DESTINO		
		URGENCIA [AMARILLO]
MOTIVO DE CONSULTA		
ME DUELE EL PECHO Y TENGO MAREO		

- A mi procurada no le consta de manera directa por resultar ajeno al objeto comercial al que se dedica si, para la fecha de los hechos, esto es abril del 2016, el señor **MIGUEL OLAYA**, tenía 78 años de edad; empero, de acuerdo con el correspondiente certificado civil de nacimiento, aportado por la parte accionante, se tiene que este nació el 02 de febrero de 1938, teniendo 78 años para la fecha en la que ingresa a la Institución Médica.
- A mi representada no le consta directamente por no tener relación con el objeto comercial aseguratorio que desarrolla si, el señor **MIGUEL OLAYA**, se encontraba bajo el régimen subsidiado, afiliado a ASMET SALUD E.P.S.; sin embargo, de acuerdo con las documentales que reposan en el plenario, tales como la Historia Clínica y las certificaciones anexas por ASMET SALUD E.P.S., se observa que es cierto.

Frente al hecho "2.2.": en este hecho se realizan varias apreciaciones frente a las cuales me referiré de la siguiente manera:

- A mi mandante no le consta de manera directa si en el momento en el que el señor **MIGUEL OLAYA** ingresó a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, fue tratado por su médico tratante por una "Arritmia Cardíaca", como quiera que se trata de una circunstancia completamente ajena al conocimiento de mi procurada por no resultar afín a las actividades comerciales que desarrolla; empero, debe advertirse que, de acuerdo al contenido de la Historia Clínica, el primer diagnóstico que se emitió sobre el paciente cuando ingresó fue "no especificado", como consta en la nota consignada por el Dr. Marvin James Rebolledo Londoño:

2 Prioridad: (II) URGENCIAS (15 - 20 MINT)

Amarillo

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

DIAGNOSTICO PPAE074 - DOLOR EN EL PECHO. NO ETECIFICADO

TIPO DE IMPRESION DX:

DIAGNOSTICO 1:

DIAGNOSTICO 2:

DIAGNOSTICO 3:

TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO NUEVO

CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

VALIDAD: NO APLICA

PROGRAMA:

TRAHOSPITALARIOS / INSUMOS

Entidad	Insumo IntraHospitalario	Comentarios	Pro. Solicita
	15001 - MACRO GOTEROS		

Entidad Suministrada:	Pro. Suministra:	Fecha hora Suministrado:
-----------------------	------------------	--------------------------

PROCEDIMIENTOS

Entidad	Procedimiento Solicitado	Comentarios	Prof. Solicita	Genero
1	895100 - ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD +		Prof. Suministra MARVIN JAMES	☐

De manera que se hace necesario, realizar exámenes para esclarecer el diagnóstico del paciente; así pues, se realiza el procedimiento que se observa en el extracto anterior, esto es, electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD +, el cual permitió determinar como diagnóstico principal el de "fibrilación y aleteo auricular", así se consignó en el registro de evolución del paciente a las 01:34:41 am del 04 de abril del 2016.

FECHA ATENCION DE CONSULTA :

04/04/2016 01:34:41 am

FECHA CIERRE DE CONSULTA :

04/04/2016 01:50:54 am

Historia Clínica

1511660

Nombres y Apellidos: MIGUEL OLAYA

Identificación: CC 1511660

2 Prioridad: (II) URGENCIAS (15 - 20 MINT)

Amarillo

<<>> GENITO_URINARIO: Estado Normal <<>> PIEL: Estado Normal <<>> ESFERA MENTAL: Estado Normal <<>> OSTEO MUSCULAR: Estado Normal <<>> CARDIO_RESPIRATORIO: Estado Normal <<>> EXTREMIDADES: Estado Normal <<>> NEUROLOGICO: Estado Normal <<>> TORAX: Estado Normal <<>> TACTO_RECTAL: Estado Normal <<>>

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

DIAGNOSTICO PPAE08X - FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR

Una vez identificado el diagnóstico, el médico tratante resolvió ordenar medicamento, y la siguiente relación de medicamento y tratamiento:

2 Prioridad: (II) URGENCIAS (15 - 20 MINT)

Amarillo

04/04/2016 02:08:49
a.m.

20:45 INGRESA PACIENTE AL SERVICIO POR SUS PROPOS MEDIOS EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR REFIERE DOLOR EN PECHO, VAPOR ES VARIADO POR OREL MEDICO REBOLLEDO ORDENA TOMA DE EKG, CANALIZAR CON SODIO X 250 CC APLICAR AMIODARONA 150 MG DILUIR EN LOS LIQUIDOS Y PASAR EN 30 MINUTOS SE CANALIZA CON JELCO 18 EN DORSO DE MANO IZQUIERDA SV 12070, FR 16 XMIN FC 70 X MIN SPO 94%

MLALINDE

04/04/2016 02:10:27
a.m.

01:50 POR ORDEN MEDICA SE ADMNISTRA DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 500 CC APLICAR 4 AMP DE AMIODARONA EN LOS LIQUIDOS PASAR POR 80 MMB DE INFUSION EN 24 HORAS SE CUMPLE ORDEN MEDICA EN PROCESO DE REMISION

MLALINDE

04/04/2016 07:02:28
a.m.

ENTREGO PACIENTE EN CAMILLA CONCIENTE ORIENTADO A FEBRIL CON VENA CANALIZADA CONECTADO A BOMBA DE INFUSION P VALORACION MEDICA

MLALINDE

04/04/2016 11:30:05 a.m.	RECIBO PACIENTE DE SEX MASCULINO MAYOR DE EDAD DESPIERTO CONCIENTE ORIENTADO EN CAMILLA DX FIBRILACION Y ALEO ARTICULAR CON VENACALIZADA CON BOMBA DE INFUCCION AREA DE URGENCIAS RECIBIO Y TOLERO MEDICAMENTO SIN COMPLICACION EN EL TURNO ANTERIOR PENDIENTE REVALORACION MEDICA	JGOMEZ
04/04/2016 12:31:39 p.m.	PENDIENTE TOMA DE EKG A LAS 13 +00	JGOMEZ
04/04/2016 03:40:42 p.m.	PACIENTE DE SEXO MASCULINO MAYOR DE EDAD ES REVALORADO CON EVOLUCION POR EL DOCTOR CAMACHO. QUIEN DECIDE SALIDA CON FORMULA MEDICA Y RECOMENDACIONES PARA CONTINUAR EN CASA SE DESCANALIZA Y SE ACOMPAÑA HASTA FACTORACION PARA FIRMAR LA SALIDA S/ALE DESPIERTO CONCIENTE ORIENTADO CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS ACOMPAÑADA POR FAMILIAR	JGOMEZ
04/04/2016 04:03:10 p.m.	SE SUSPENDE PROCESO DE REMISION POR MOTIVO DE EGRESO	JGOMEZ

Es decir que, el diagnóstico y posterior tratamiento que puso en ejecución el personal médico de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, obedeció a los resultados que del electrocardiograma se obtuvieron; examen que se aplicó, además, en atención a los síntomas específicos que refería el señor **MIGUEL OLAYA**. En ese orden de ideas, no puede afirmarse válidamente que, con el plan y manejo que implementó la Institución, se hubiese puesto en riesgo la vida del señor **MIGUEL OLAYA**, como lo pretende hacer ver el extremo accionante; contrario a ello, lo que se evidencia en este asunto es que la demandada y posteriormente llamada en garantía, puso a disposición del paciente los medios que estaban a su alcance y que consideró idóneos para el caso específico, en orden de determinar el origen de su dolencia y dar fin a la misma; es decir, con el único propósito de salvaguardar la integridad física del paciente.

Es más, confrontando las notas de evolución del paciente de fecha del 04 de abril del 2016, se registró que este presentó disminución de los síntomas que lo aquejaban y una normalización en los signos, de manera que es admisible concluir que el procedimiento implementado por la I.P.S, logró un efecto favorable en relación con la recuperación de la salud del paciente.

NOTA DE EVOLUCIÓN	FECHA DE EVOLUCIÓN: 04/04/2016 12:39:48 a.m.
PACIENTE EN PROCESO DE REMISION QUIEN SE ENVIA SOPORTE DE HISTORIA CLINICA HA ASMET SALUD LO CUAL NO HA DADO RESPUESTA A DONDE UBICAR EL PACIENTE SANJUAN DE DIOS INDICO QUE NO HAY CUPO . SE CONTINUA PROCESO DE REMISION SE REVALORA PACIENTE EL CUAL REFIERE QUE PRESENTA MEJORA DEL CUADRO CLINICO NO DOLOR EN TORAX. NO VERTIGO SE INDICA DEJARA AMINODARONA PARA MANTENIMIENTO SE TRASLADA PACIENTE HA SALA DE OBSERVACION EN ESPERA DE RESPUESTA DE EPS Y CON MEDICAMENTO PARA FA EKG DE CONTROL INDICA R- R IREGULAR PERO NO TAN AISLADA ANTERIORMNTE CON R-R IERRGULAR PRESENTA FC 65 ACTUALMENTE SE ENCUANTRA 75 NO SIGNOS DE IAM NO ALTECAIONES ST -T	

NOTA DE EVOLUCIÓN	FECHA DE EVOLUCIÓN: 04/04/2016 03:03:04 p.m.
PACIENTE EN OBSERVACION CON DX DE POSIBLE ARRITMIA CARDIACA, EN ESPERA DE QUE EPS UBIQUE SITIO DE REMISION. EGRESO AYER A LAS 18H. EN EL MOMENTO PACIENT ESTABLE, SE TOMA ECG CON FC DE 75 , CON VISUALIZACION DE ONDA P. XAMEN: PACIENTE ALERTA, TA 100/60 , FC 70, FR 20, T 37°C, ORIENTADA. CV : NO SOPLOS, RUIDOS AUDIBLES, RITMICOS. PULMON: BIEN ENTILADOS, MURMULLO VESICULAR . ABDOMEN: BLANDO, NO VISCEROMEGALIAS , SIN DOLOR O DEFENSA LA PALPACION. ERISTALTISMO ++. GU NORMAL. SNC:ALERTA , CON FUERZA Y SENSIBILIDAD NORMAL, ROT ++. IT PACIENTE ESTABLE, SE DA DE ALTA CON TTO ORAL, SOLICITAR CONTROL POR C EXTERNA PARA CONTINUAR MANEJO. ENTE ESTABILIDAD EN SIGNOS VITALES SE DA SALIDA, YA QUE EPS NO DEFINIO SITIO DE REM.SION.	

Aunado a lo anterior, no puede pasar por alto el Despacho que, desde su ingreso, el paciente no refirió antecedentes patológicos que se pudieran relacionar con la sintomatología que presentaba, y tampoco hizo alusión a antecedentes quirúrgicos; además, en la Historia Clínica no se observan antecedentes relevantes como por ejemplo, eventos de arritmias, eventos coronarios agudos, eventos de enfermedad arterial, accidentes cerebrovasculares o cualquier otro que pudiese haber orientado de manera diferente el diagnóstico y tratamiento efectuado por los profesionales de la salud.

HISTORIA CLÍNICA		FECHA DE LA NOTA: 03/04/2016 08:42 35 p.m.
MOTIVO DE CONSULTA	ENFERMEDAD ACTUAL	
ME DUELE EL PECHO Y TENGO MAREO	PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE 3 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN TORAX DE INTENSIDAD DE 7/10 EN LA ESCALA ANALÓGICA DEL DOLOR, ADEMAS PRESENTA VERTIGO	
ANT PATOLÓGICO NIEGA, ANT OX NIEGA, ANT ALERGICO NIEGA		

En ese contexto, considera la suscrita que no hay medios de convicción que acrediten lo indicado por el accionante en este hecho, pues, las pruebas allegadas, concretamente la Historia Clínica, permiten concluir que la demandada (y posteriormente llamada en garantía por ASMET SALUD E.P.S.) **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, actuó ajustándose al marco normal del servicio médico y del proceso de atención en unidad de urgencias, escenario que permite enervar cualquier responsabilidad que a cargo de la I.P.S. desatinadamente pretende el extremo activo de este litigio, y, por contera, cualquier responsabilidad indemnizatoria que sobre mi representada se pretenda como llamada en garantía por dicha Institución.

Estimo necesario indicar desde ya que la responsabilidad de carácter estrictamente civil sólo se genera cuando la parte obligada, incumplió su obligación de medios y causó el supuesto daño, es decir siempre y cuando haya obrado con culpa comprobada y esa sea la causa del daño, culpa que puede fincarse es un descuido, negligencia, impericia o imprevisión. Pero en este caso no se cumplen los requisitos para que surja o se estructure una responsabilidad como la endilgada a las entidades convocantes, toda vez que esa clase de vínculo jurídico sólo se presenta si se 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 la convocante, y además que entre éste y aquel exista relación de causalidad directa.

Pero se reitera que en este caso no existe relación de causalidad entre la actividad y la conducta desplegada por la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** y el lamentable fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, por las que la parte actora afirma que se generó el perjuicio moral por el que quiere ser indemnizada.

Ahora, tratándose de responsabilidad civil derivada de una actividad médico asistencial, cuando se demande buscando la indemnización de perjuicios que según la víctima del daño se produjeron con ocasión de una actuación u omisión atribuible a entidades médicas y hospitalarias, por actos médicos o asistenciales, le corresponde al interesado probar los extremos de tal responsabilidad; es decir, la existencia del daño antijurídico, su imputabilidad a la parte demandada y el nexo causal entre el daño y la actividad de la entidad hospitalaria debe aparecer acreditado puesto que el mismo no es susceptible de presunción; así pues, en el caso de marras dichos presupuestos no se ven acreditados, puesto que al actor sólo le

bastó hacer aseveraciones frente a lo que a su juicio sucedió, sin incorporar medio de convicción o siquiera explicaciones claras y concretas que dieran respaldo a su dicho.

- A pesar de que las circunstancias que rodearon los hechos del 03, 04 y 05 de abril del 2016 no son del conocimiento directo de mi representada, toda vez que resultan ajenos al objeto comercial aseguratorio al que esta se dedica, es posible afirmar que **NO** es cierto que la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, hubiese puesto en riesgo la vida del señor **MIGUEL OLAYA**, luego que, de conformidad con el récord de la Historia Clínica del paciente, la Clínica puso a su disposición todos los medios con los que contaba para viabilizar la recuperación de su salud; desde su ingreso a la Institución el 03 de abril del 2016, hasta su egreso al día siguiente, se observa que se suministraron medicamentos y se practicaron exámenes para, en primer lugar, determinar la patología del malestar, y en segundo lugar, para dar tratamiento adecuado al mismo; así mismo se advierte que la I.P.S., inmediatamente a su ingreso, procede con los trámites para remitirlo a un centro de mayor nivel de complejidad, sin embargo, ante la mejoría del paciente y ante la ausencia de disponibilidad de cupo, la remisión no se ejecuta.

Adviértase por el Despacho que el accionante no explica ni argumenta cómo es que el actuar de la I.P.S. habría puesto en riesgo la vida del paciente, puesto que sólo le basta realizar una vaga e injustificada manifestación, sin allegar al expediente los medios de convicción que permitan tener por cierta esta temeraria afirmación, o si quiera explicar en el escrito demandatorio las actuaciones que de la I.P.S. resultan reprochables. En consecuencia, ante la ausencia de elementos de credibilidad que permitan tener certeza frente a la aseveración de la actora, en relación con la presunta puesta en riesgo de la salud del señor **MIGUEL OLAYA**, esta debe ser tenida como no probada y las pretensiones de la demanda, que se fundamenten en dicho supuesto, necesariamente fracasar.

- A **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, no le consta directamente que el señor **MIGUEL OLAYA**, haya sido hospitalizado en el servicio de observación de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, mientras se iniciaba el trámite de remisión a otro centro de mayor complejidad; estas son circunstancias que escapan del conocimiento de mi representada por ser extraños al objeto comercial al que se dedica.

Sin perjuicio de lo anterior, considera la suscrita importante señalar, que en la Historia Clínica se observa que se registró que la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, realizó gestiones de comunicación con la empresa prestadora de salud a la cual se encontraba afiliado el paciente, esto es, **ASMET SALUD E.P.S.**, para efectos de que se autorizara la remisión del señor **MIGUEL OLAYA**, a un centro médico de mayor complejidad, luego que, la I.P.S., es un centro de salud de nivel básico de consulta y su sala de urgencias es de nivel remitatorio, por lo que, se requirió a la E.P.S. para que una institución de mayor complejidad continuara el manejo del paciente.

452

REMISION		IPS CLINICA COMFACAUCA PUERTO TEJADA	
domingo, 03 de abril de 2016 09:15:25		CODIGO IPS : 195730618805 NIT : 891500182-0 DIRECCION : CRA 25 # 20C - 300 PUERTO TEJADA	
Nro. Historia Clínica : 1511660		Nro. Identificación : CC 1511660	
Nombres y Apellido : MIGUEL OLAYA		Edad : 78 Años	
Sexo : Masculino		Fecha Nac. : 02/febrero/1938	
Tipo Afiliado :		Tipo Usuario :	
Telefono : 172950630		Dirección : VEREDA LA PRIMAVERA	
Departamento : CAUCA		Municipio : VILLA RICA	
Entidad : ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA - ASMETSALUD - NIT 817000248-3		Barrio : BARRIO VILLA RICA	
DATOS DEL PACIENTE			
DATOS DE LA REMISION			
FECHA REMISION : domingo, 03 de abril de 2016, 09:15:10 pm			
Institución : NIVEL III		Especialidad : MEDICINA INTERNA	
Servicio : URG OBSERVACION		Tipo de Remisión : 3 URGENCIAS	
CUERPO DE LA REMISION			
PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN TORAX , ASOCIADO A VERTIGO , SE REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA QUE REPORTE R -R IRREGULAR , AUSENCIA DE ONDA P ANT PATOLOGICO NIEGA . ANT QX NIEGA , ANT ALERGICO NIEGA EXAMEN FISICO TA 130/70 FR 16 FC 70 S02 98 CCC NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL HUEMDA CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE , RUIDO CARDICO SIN SOPLO, PULMONES MURMULLO VESICULAR ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA DIGITO PRESION EXTREMIDADES SIN EDEMAS DX FIBRILACION AURICULAR TTO AMIODARONA 300 MG EN LEV PASAR EN 30 MINUTOS PLAN SE REMITE POR URGENCIA PRIORITARIAMENTE PARA VALORACION POR MEDICINA INTERNA			

También se constata en la Historia Clínica que mientras se realizaban las gestiones de remisión, al paciente se lo conserva en observación, brindándosele por la I.P.S. la atención que su sintomatología requería:

NOTA DE EVOLUCIÓN	FECHA DE EVOLUCIÓN: 04/04/2016 12:39:48 a.m.
PACIENTE EN PROCESO DE REMISION QUIEN SE ENVIA SOPORTE DE HISTORIA CLINICA HA ASMETSALUD LO CUAL NO HA DADO RESPUESTA A DONDE UBICAR EL PACIENTE SAN JUAN DE DIOS INDICÓ QUE NO HAY CUPO SE CONTINUA PROCESO DE REMISION SE REVALORA PACIENTE EL CUAL REFIERE QUE PRESENTA MEJORA DEL CUADRO CLINICO NO DOLOR EN TORAX. NO VERTIGO SE INDICA DEJAR AMIODARONA PARAMANTENIMIENTO SE TRASLADA PACIENTE HA SALA DE OBSERVACION EN ESPERA DE RESPUESTA DE EPS Y CON MEDICAMENTO PARA FA EKG DE CONTROL INDICA R -R IRREGULAR PERO NO TAN AISLADA ANTERIORMENTE CON R-R IRREGULAR PRESENTA FC 65 ACTUALMENTE SE ENCUENTRA 75 NO SIGNOS DE IAM NO ALTERACIONES ST -T	

La remisión, como se puede constatar en el escrito de la contestación presentada por ASMETSALUD E.P.S., no fue posible, toda vez que los centros médicos de mayor complejidad requeridos, no contaban con disponibilidad de cupo, por lo que no podían aceptar la remisión; de tal suerte, es importante indicar desde ya que, el ingreso del señor **MIGUEL OLAYA** a otro Centro de salud no se materializó, no por negligencia o abandono de la I.P.S., pues esta hizo todo lo que estaba a su alcance en relación con los requerimientos a la E.P.S., sino porque, desafortunadamente, las I.P.S. que contaban con el servicio requerido, como se distingue en el cuadro anexo en la contestación de ASMETSALUD, no tenían disponibilidad.

No obstante, considero importante en este punto reiterar que, una vez la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, inicia con las gestiones para la remisión del señor **MIGUEL OLAYA**, procede a darle el tratamiento que su patología requería, registrando la evolución permanente del paciente, durante 24 horas, sin descuidar durante el tiempo que

este permaneció en la institución, el cuidado de su salud; se ve que, conforme se le suministró la atención por la Clínica, el señor **MIGUEL OLAYA** presentó una mejoría en su condición, pues sus signos vitales se normalizaron, luego que en el electrocardiograma de control se encontró una frecuencia cardiaca de 75 X' (cuando la normal debe ser entre 60 y 80 x') y no hubo alteración del segmento ST ni de la onda T que sugirieran isquemia miocárdica, además, su sintomatología disminuyó, de manera que, al cabo de un día de manejo con amiodarona en infusión, su médico tratante decidió darle de alta con tratamiento oral y control por consulta externa.

DATA DE EVOLUCIÓN	FECHA DE EVOLUCIÓN: 04/04/2016 03:03:04 p.m.
PACIENTE EN OBSERVACIÓN CON DX DE POSIBLE ARRITMIA CARDIACA, EN ESPERA DE QUE EPS UBIQUE SITIO DE REMISION.	
INGRESO AYER A LAS 18H.	
EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE. SE TOMA ECG CON FC DE 75, CON VISUALIZACION DE ONDA P.	
EXAMEN: PACIENTE ALERTA, TA 100/60, FC 70, FR 20, T 37°C, ORIENTADA. CV: NO SOPLOS, RUIDOS AUDIBLES, RITMICOS. PULMON: BIEN ENTILADOS, MURMULLO VESICULAR. ABDOMEN: BLANDO, NO VISCEROMEGALIAS, SIN DOLOR O DEFENSA LA PALPACION. ERISTALTISMO ++. GU NORMAL. SNC:ALERTA, CON FUERZA Y SENSIBILIDAD NORMAL, ROT ++.	
PACIENTE ESTABLE, SE DA DE ALTA CON TTO ORAL, SOLICITAR CONTROL POR C EXTERNA PARA CONTINUAR MANEJO. ENTE ESTABILIDAD EN SIGNOS VITALES SE DA SALIDA, Y A QUE EPS NO DEFINIO SITIO DE REMISION.	

04/04/2016 03:40:42 p.m	PACIENTE DE SEXO MASCULINO MAYOR DE EDAD ES REVALORADO CON EVOLUCION POR EL DOCTOR CAMACHO QUIEN DECIDE SALIDA CON F ORMULA MEDICA, Y RECOMENDACIONES PARA CONTINUAR EN CASA SE DESCANALIZA Y SE ACOMPAÑA HASTA FACTURACION PARA FIRMAR LA S ALIDA
SALE DESPIERTO CONCIENTE ORIENTADO CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS ACOMPAÑADA POR FAMILIAR	

En este orden de ideas, es claro para la suscrita que la I.P.S. realizó los trámites pertinentes para determinar el tratamiento a seguir con el paciente, teniendo como único norte la mejoría de la condición de salud con la que este ingresó a la Institución.

Frente al hecho “2.3.”: este hecho contiene varias aseveraciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No le constan de manera directa a mi representada las afirmaciones que realiza el actor en relación con la realización del electrocardiograma al señor **MIGUEL OLAYA**, y tampoco le consta directamente los resultados que dicho examen arrojó, ya que son circunstancias ajenas al rol aseguraticio que funge mi procurada; sin embargo, sin perjuicio de lo dicho, se observa en el plenario que el Dr. Marvin James Rebolledo Londoño, en efecto, habría ordenado la práctica de electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD +, como se observa a continuación:

TRAHOSPITALARIOS / INSUMOS			
Entidad	Insumo IntraHospitalario	Comentarios	Pro. Solicita
	15001 - MACRO GOTEROS		
Entidad Suministrada:		Pro. Suministra:	Fecha hora Suministrado:
PROCEDIMIENTOS			
Entidad	Procedimiento Solicitado	Comentarios	Pro. Solicita
1	895100 - ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD +		Prof. Suministra MARVIN JAMES
			Genero Consentimiento ☐

Si bien es cierto que el resultado de este examen fue irregular, también lo es que los demás signos del paciente eran normales, como se observa:

NOTA DE EVOLUCIÓN

FECHA DE EVOLUCIÓN: 04/04/2016 12:39:48 a.m.

PACIENTE EN PROCESO DE REMISION QUIEN SE ENVIA SOPORTE DE HOSTORIA CLINICA HA ASMET SALUD LO CUAL NO HA DADO
REPSUESTA A DONDE UBICAR EL PACIENTE
SANJUAN DE DIOS INDICO QUE NO HAY CUPO .
SE CONTINUA PROCESO DE REMISION
SE REVALORA PACIENTE EL CUAL REFIERE QUE PRESENTA MEJORA DEL CUADRO CLINCO NO DOLOR EN TORAX. NO VERTIGO
SE INDIGA DEJARA AMINODARONA PARAMANTENIMIENTO
SE TRASLADA PACIENTE HA SALA DE OBSERVACION EN ESPERA DE RESPUESTA DE EPS Y CON MEDICACMENTO PARA FA
EKG DE CONTROL INDICA R- R IREGULAR PERO NO TAN AISLADA ANTERIORMNTE CON R-R IERRGULAR PRESENTA FC 65 ACTUALMENTE SE
ENCUANTRA 75 NO SIGNOS DE IAM NO ALTECAIONES ST-T

SIGNOS VITALES

SIGNOS VITALES

Presion Arterial 130 / 70 mm Hg Peso Kg Talla M Temperatura 37 C° I.M.C.
Frecuencia Cardiaca : 68 x minuto Frecuencia Respiratoria 16 x minuto Perimeto Abdominal. cms S.C.
Altura Uterina cms Semanas de Gestación Frecuencia Cardiaca Fetal

REVISION SISTEMAS

CABEZA: Estado Normal << >> CARDIORESPIRATORIO: Estado Normal << >> GARGANTA (ORL) Estado Normal << >> GASTROINTESTINAL
Estado Normal << >> MAMAS: Estado Normal << >> NARIZ (ORL) Estado Normal << >> GENITOURINARIO Estado Normal << >>
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIATRICO: Estado Normal << >> TEST: Estado Normal << >> VENEREAS Estado Normal << >> OIDOS (ORL)
Estado Normal << >> PIEL Y FANERAS: Estado Normal << >> SINTOMAS GENERALES: Estado Normal << >> OJOS (ORL): Estado Normal << >>
ENDOCRINO: Estado Normal << >> BOCA (ORL): Estado Normal << >> CUELLO: Estado Normal << >> EXTREMIDADES Y APARATO
LOCOMOTOR: Estado Normal << >>

EXAMEN FISICO

ESTADO_NUTRICIONAL: Estado Normal << >> ASPECTO_GENERAL: EN REGULAR ESTADO << >> CABEZA: Estado Normal << >> OJOS
Estado Normal << >> BOCA: Estado Normal << >> ORL: Estado Normal << >> CUELLO: Estado Normal << >> ABDOMEN: Estado Normal << >>
GENITO_URINARIO: Estado Normal << >> PIEL: Estado Normal << >> ESFERA_MENTAL: Estado Normal << >> OSTEOMUSCULAR Estado
Normal << >> CARDIO_RESPIRATORIO: Estado Normal << >> EXTREMIDADES: Estado Normal << >> NEUROLOGICO Estado Normal << >>
TORAX: Estado Normal << >> TACTO_RECTAL: Estado Normal << >>

Además, no está de más resaltar que, con base en los hallazgos obtenidos con el examen, el médico tratante resolvió ordenar medicamento, se canalizó al paciente con sodio X 250 C.C., se le aplica amiodarona X 150 M.G. diluido en líquidos clorhidrato 4 ampollas para pasar en bomba de infusión; posteriormente se le administró dextrosa en agua dilatada 500 C.C.; finalmente, en atención a la mejoría en la condición del señor **MIGUEL OLAYA**, a las 03:40:42 del 04 de abril del 2016, el Dr. Heriberto Camacho Vega, decide darle salida con fórmula médica y recomendaciones para seguir en casa; así se observa:

04/04/2016 03:40:42

p.m

PACIENTE DE SEXO MASCULINO MAYOR DE EDAD ES REVALORADO CON EVOLUCION POR EL DOCTOR CAMACHO QUIEN DECIDE SALIDA CON F
ORMULA MEDICA Y RECOMENDACIONES PARA CONTINUAR EN CASA SE DESCANALIZA Y SE ACOMPAÑA HASTA FACTURACION PARA FIRMAR LA S
ALIDA

SALE DESPIERTO CONCIENTE ORIENTADO CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS ACOMPAÑADA POR FAMILIAR

- A **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, no le consta directamente lo relacionado en este hecho con el trámite de remisión a que hace referencia el demandante; estas son circunstancias que escapan del conocimiento de mi representada por ser extraños al objeto comercial al que se dedica.

Sin perjuicio de ello, considera la suscrita importante señalar, que en la Historia Clínica se observa que se registró que la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, sí realizó gestiones de comunicación con la empresa prestadora de salud a la cual se encontraba afiliado el paciente, esto es, ASMET SALUD E.P.S., para efectos de que se autorizara la remisión del señor **MIGUEL OLAYA**, a un centro médico de mayor complejidad, luego que, la I.P.S., es un centro de salud de nivel básico de consulta y su sala de urgencias

es de nivel remitisorio, por lo que, se requirió a la E.P.S. para que una institución de mayor complejidad continuara el manejo del paciente.

REMISION		IPS CLINICA COMFACAUCA PUERTO TEJADA			
domingo, 03 de abril de 2016 09:15:25		CODIGO IPS : 195730818805 NIT : 891500182-0			
DIRECCION : CRA 25 # 20C - 300 PUERTO TEJADA					
Nro. Historia Clínica : 1511660		Nro. Identificación : CC 1511660		DATOS DEL PACIENTE	
Nombres y Apellido: MIGUEL OLAYA		Edad: 78 Años			
Sexo: Masculino		Fecha Nac: 02/febrero/1938		Tipo Afiliado:	
Telefono: 17295063		Dirección: VEREDA LA PRIMAVERA		Tipo Usuario:	
Departamento: CAUCA		Municipio: VILLA RICA		Barrio: BARRIO VILLA RICA	
Entidad: ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA - ASMETSALUD - NIT 817000248-3					
DATOS DE LA REMISION					
FECHA REMISION domingo, 03 de abril de 2016 09:15:10 pm					
Institución : NIVEL III		Especialidad : MEDICINA INTERNA			
Servicio : URG OBSERVACION		Tipo de Remisión : 3 URGENCIAS			
CUERPO DE LA REMISION					
PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN TORAX, ASOCIADO A VERTIGO. SE REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA QUE REPORTE R - R IRREGULAR, AUSENCIA DE ONDA P, ANT PATOLOGICO NIEGA, ANT QX NIEGA, ANT ALERGICO NIEGA					
EXAMEN FISICO					
TA 130/70 FR 16 FC 70 S02 98					
CCC NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL HUEMDA CUELLO MOVIL					
TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, RUIDO CARDICO SIN SOPLO, PULMONES MURMULLO VESICULAR					
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA DIGITO PRESION					
EXTREMIDADES SIN EDEMAS					
DX FIBRILACION AURICULAR					
TTO AMIODARONA 300 MG EN LEV PASAR EN 30 MINUTOS					
PLAN SE REMITE POR URGENCIA PRIORITARIAMENTE PARA VALORACION POR MEDICINA INTERNA					

Contrario a lo que pretende hacer ver el accionante, las solicitudes y requerimientos en efecto se realizaron tanto por parte de la I.P.S. como de la E.P.S. ASMET SALUD; sin embargo, la remisión no se pudo ejecutar luego que, como se puede constatar en la Historia Clínica y en el escrito de la contestación presentada por ASMET SALUD E.P.S., los centros médicos de mayor nivel de complejidad requeridos, no contaban con disponibilidad de cupo, por lo que no podían aceptar la remisión; de tal suerte, es importante indicar desde ya que, el ingreso del señor **MIGUEL OLAYA** a otro Centro de salud no se materializó, no por negligencia o abandono de la I.P.S., pues esta hizo todo lo que estaba a su alcance en relación con los requerimientos a la E.P.S., sino porque, desafortunadamente, las I.P.S. que contaban con el servicio requerido, como se distingue en el cuadro anexo en la contestación de ASMET SALUD, no tenían disponibilidad.

No obstante, considero importante en este punto reiterar que, una vez la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, inicia con las gestiones para la remisión del señor **MIGUEL OLAYA**, procede a darle el tratamiento que su patología requería, registrando la evolución permanente del paciente, durante 24 horas, sin descuidar durante el tiempo que este permaneció en la institución, el cuidado de su salud; se ve que, conforme se le suministró la atención por la Clínica, el señor **MIGUEL OLAYA** presentó una mejoría en su condición, pues sus signos vitales se normalizaron, luego que en el electrocardiograma de control se encontró una frecuencia cardiaca de 75 X' (cuando la normal debe ser entre 60 y 80 x') y no hubo alteración del segmento ST ni de la onda T que sugirieran isquemia miocárdica, además, su sintomatología disminuyó, de manera que, al cabo de un día de manejo con amiodarona

459

en infusión, su médico tratante decidió darle de alta con tratamiento oral y control por consulta externa.

DATA DE EVOLUCIÓN	FECHA DE EVOLUCIÓN: 04/04/2016 03:03:04 p.m.
PACIENTE EN OBSERVACIÓN CON DX DE POSIBLE ARRITMIA CARDIACA, EN ESPERA DE QUE EPS UBIQUE SITIO DE REMISIÓN. INGRESO AYER A LAS 18H. EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, SE TOMA ECG CON FC DE 75, CON VISUALIZACIÓN DE ONDA P.	
EXAMEN: PACIENTE ALERTA, TA 100/60, FC 70, FR 20, T 37°C, ORIENTADA. CV: NO SOPLOS, RUIDOS AUDIBLES, RÍTMICOS. PULMON: BIEN ENTILADOS, MURMULLO VESICULAR. ABDOMEN: BLANDO, NO VISCEROMEGALIAS, SIN DOLOR O DEFENSA LA PALPACIÓN. ERISTALISMO ++. GU NORMAL. SNC: ALERTA, CON FUERZA Y SENSIBILIDAD NORMAL, ROT ++.	
IT PACIENTE ESTABLE, SE DA DE ALTA CON TTO ORAL. SOLICITAR CONTROL POR C EXTERNA PARA CONTINUAR MANEJO. ENTE ESTABILIDAD EN SIGNOS VITALES SE DA SALIDA, Y A QUE EPS NO DEFINIO SITIO DE REMISIÓN.	

04/04/2016 03:40:42 p.m.	PACIENTE DE SEXO MASCULINO MAYOR DE EDAD ES REEVALUADO CON EVOLUCIÓN POR EL DOCTOR CAMACHO QUIEN DECIDE SALIDA CON F ORMULA MEDICA Y RECOMENDACIONES PARA CONTINUAR EN CASA SE DESCANALIZA Y SE ACOMPAÑA HASTA FACTURACIÓN PARA FIRMAR LA S ALIDA
-----------------------------	---

SALE DESPIERTO CONCIENTE ORIENTADO CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS ACOMPAÑADA POR FAMILIAR

En este orden de ideas, es claro para la suscrita que la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, realizó los trámites pertinentes para dar el mejor tratamiento al paciente, teniendo como único norte la mejoría de la condición de salud con la que este ingresó a la Institución.

Frente al hecho “2.4.”: en este hecho se relacionan varias afirmaciones frente a las cuales procederé a pronunciarme de la siguiente manera:

- A mi procurada no le consta directamente lo referente al tratamiento médico que recibió el señor **MIGUEL OLAYA** en la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, toda vez que se tratan de supuestos fácticos que no resultan afines al fin comercial al que se dedica la Compañía que represento; empero, debe señalarse que, de acuerdo a las consignas de la Historia Clínica, se tiene que es cierto que durante el tiempo que el paciente permaneció en la Institución, tuvo una mejoría en su condición, puesto que se logró la normalización de sus signos vitales (luego que en el electrocardiograma de control se encontró una frecuencia cardíaca de 75 X' -cuando la normal debe ser entre 60 y 80 x'-, y no hubo alteración del segmento ST ni de la onda T que sugirieran isquemia miocárdica), y una disminución en la sintomatología con la que ingresó; además, puede advertirse con el récord de atención médica, que la I.P.S. puso a disposición del señor **MIGUEL OLAYA** todos los medios con los que contaba para la recuperación de su salud, lo cual, ciertamente se logró.
- A **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, no le consta directamente si **ASMET SALUD E.P.S.**, no emitió respuesta en relación con el Centro de Atención al que debía ser remitido el señor **MIGUEL OLAYA**, luego que se hace referencia a actuaciones que atañen a personas jurídicas distintas a mi prohijada, además, no tienen relación con el objeto comercial al que mi mandante se dedica; sin embargo, es preciso aclarar que, conforme a los medios de prueba incorporados por la E.P.S. demandada, se tiene que ésta última sí habría adelantado las gestiones pertinentes para la remisión del paciente; luego que, envió los respectivos requerimientos a las I.P.S. de mayor nivel de complejidad para que dieran atención al familiar de los demandantes, lamentablemente, según se detalla en el seguimiento a dichos requerimientos, todos las I.P.S. solicitadas manifestaron no tener disponibilidad de cupo.

En ese orden de ideas, se hace necesario que la actora allegue al plenario los medios de convicción legalmente autorizados para que acredite las aseveraciones que realiza en este

hecho; como quiera que es una carga procesal que le asiste al extremo demandante, el demostrar los presupuestos fácticos sobre los que se sustentarán sus pretensiones.

Frente al hecho “2.5.”: este hecho contiene varias afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- A **ALLIANZ SEGUROS S.A.** no le consta directamente lo pertinente a la atención médica que habría recibido el señor **MIGUEL OLAYA** en la I.P.S. accionada, pues todo lo que a ello se refiere resulta extraño al conocimiento de mi mandante, por no tener relación con el propósito comercial aseguratorio al que se dedica; sin perjuicio de ello, debe indicarse que consta en las consignas de la Historia Clínica que, para el día 04 de abril del 2016, los signos del señor **MIGUEL OLAYA** se habían normalizado, disminuyó la sintomatología con la que ingresó y los exámenes realizados mostraban que se encontraba estable; de manera que, de acuerdo con lo consignado, el médico tratante Dr. Heriberto Camacho Vega, decidió dar de alta al paciente con tratamiento oral, control por consulta externa para continuar manejo y recomendaciones para seguir en casa. En ese contexto, se observa que el médico decide suspender el proceso de remisión, como quiera que, se reitera, el paciente se encontraba en condiciones de salud que le permitían su egreso de la Institución.
- A mi procurada no le consta de manera directa lo relacionado con la atención médica que habría recibido el señor **MIGUEL OLAYA** en la I.P.S., puesto que, se insiste, estas fueron actuaciones de las que mi prohijada no puede tener conocimiento al no ser afines a su objeto comercial; empero, debe resaltarse que la afirmación que realiza el actor frente a que la Institución dejó que la familia se encargara de tramitar la remisión del señor **MIGUEL OLAYA** “(...) *so pretexto de que si lo dejaban allí (hospitalizado), se demorarían varios días para aceptar una remisión (...)*”, es una aseveración carente de prueba que no puede ser tenida como cierta.

Si bien es cierto que el paciente fue dado de alta, dicha decisión se fundamentó exclusivamente en el hecho de que se evidenció la estabilidad de sus signos vitales y una disminución favorable de su sintomatología, tal y como se coteja de las consignas de la Historia Clínica; no se basó en que, como lo quiere hacer ver el accionante, la Institución considerara que se viabilizaría la remisión del paciente una vez este ya no se encontrara hospitalizado, o porque la Institución pretendiera delegar a la familia del paciente el trámite de la remisión con ASMET SALUD E.P.S., ni mucho menos porque la I.P.S. abandonara las obligaciones que como I.P.S. tiene y evitar continuar con las gestiones relativas a la remisión, por el contrario, se reitera, la decisión de dar de alta al señor **MIGUEL OLAYA**, tuvo fundamento en la mejoría de su condición, como se advierte en el siguiente extracto de la Historia Clínica que reposa en el plenario:

DTA DE EVOLUCIÓN	FECHA DE EVOLUCIÓN: 04/04/2016 03:03:04 p.m.
PACIENTE EN OBSERVACIÓN CON DX DE POSIBLE ARRITMIA CARDIACA, EN ESPERA DE QUE EPS UBIQUE SITIO DE REMISION.	
INGRESO AYER A LAS 18H.	
EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, SE TOMA ECG CON FC DE 75, CON VISUALIZACION DE ONDA P.	
EXAMEN: PACIENTE ALERTA, TA 100/60, FC 70, FR 20, T 37°C, ORIENTADA. CV: NO SOPLOS, RUIDOS AUDIBLES, RITMICOS. PULMON: BIEN ENTENDIDOS, MURMULLO VESICULAR. ABDOMEN: BLANDO, NO VISCEROMEGALIAS, SIN DOLOR O DEFENSA LA PALPACION. ERISTALTISMO ++. GU NORMAL. SNC:ALERTA, CON FUERZA Y SENSIBILIDAD NORMAL, ROT ++.	
PACIENTE ESTABLE, SE DA DE ALTA CON TTO ORAL, SOLICITAR CONTROL POR C EXTERNA PARA CONTINUAR MANEJO. ENTE ESTABILIDAD EN SIGNOS VITALES SE DA SALIDA, YA QUE EPS NO DEFINIO SITIO DE REMISION.	

De tal suerte, no encuentra respaldo demostrativo lo manifestado por el actor en este hecho y, por ello, no puede ser tenido por cierto; itero que el extremo activo de este litigio debe cumplir con las obligaciones y cargas procesales que su rol le impone, y demostrar al Juez

de conocimiento, a través de los medios de prueba legalmente otorgados, la verdad de su dicho; como quiera que, con la demanda incorporada en este proceso, no se observan medios de prueba que permitan dar credibilidad a lo que asevera el actor.

- Por otro lado, a mi mandante no le consta directamente por ser extraño al giro normal de sus actividades, si el señor **MIGUEL OLAYA** egresó de la Institución con tratamiento médico oral, no obstante, de acuerdo a lo registrado en la Historia Clínica se tiene que es cierto que, una vez se comprobó la mejoría y estabilidad en el estado de salud del paciente, su médico tratante le dio salida con manejo anticoagulante, esto es, con ácido acetil salicílico o aspirina por 100 mg.

Frente al hecho “2.6.”: este hecho hace referencia a varias afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- A **ALLIANZ SEGUROS S.A.** no le consta de manera directa lo pertinente a los hechos que presuntamente se habrían desencadenado el día 06 de abril del 2016, concretamente no le costa nada frente a las circunstancias que habrían rodeado el fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, puesto que las mismas resultan completamente ajenas a las actividades comerciales a las que se dedica mi mandante. Sin perjuicio de lo dicho, advierte la suscrita que no tiene ningún respaldo probatorio la afirmación de que el señor **MIGUEL OLAYA** hubiese fallecido como consecuencia “presumiblemente”, de complicaciones relacionadas con el problema de salud que lo llevó a consultar a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**.

Primero que todo, debe tenerse en consideración que, según lo afirma el mismo accionante, el deceso se produjo por un “colapso súbito”, el cual de ninguna manera puede resultar atribuible a la atención médica que recibió el señor **MIGUEL OLAYA** en la I.P.S., puesto que, como bien lo indica, fue súbito, es decir repentino; para explicar lo referente a este presupuesto médico, es preciso señalar que, de conformidad con la Fundación Española del Corazón “(...) *La muerte súbita es la aparición **repentina e inesperada** de una parada cardíaca en una persona que aparentemente se encuentra sana y en buen estado (...)*”¹. Lo cual implica que es una situación que se puede desencadenar de manera básicamente insospechada.

También explica la Fundación que: “(...) *La muerte súbita se debe habitualmente a una **arritmia cardíaca maligna: la fibrilación ventricular**. Esta arritmia produce una actividad eléctrica cardíaca caótica que no es capaz de generar latido cardíaco efectivo, por tanto, el corazón deja de bombear la sangre, la presión arterial cae a cero y se anula el riego sanguíneo del cerebro y del resto del cuerpo. Cuando se detiene la circulación, el oxígeno y los nutrientes dejan de llegar a los órganos, que rápidamente empiezan a sufrir (...)*”.

Así pues, debe recordarse que de acuerdo a los resultados que emitieron la revisión de sistemas, y el examen físico, y de acuerdo con la misma confirmación del paciente frente a la disminución de su sintomatología, se concluyó que los signos vitales del paciente se habían estabilizado, y que presentaba una mejoría considerable que no hacía necesaria una estadía más prologada en la Institución; en ese sentido, y entendiendo que como su mismo nombre lo indica, la muerte súbita es un suceso que resulta repentino e inesperado, no podría válidamente inferirse que el fallecimiento se generó directamente por actuación alguna de la I.P.S.; como quiera que, contrario a lo que se aduce por el extremo demandante, la I.P.S. puso en ejecución todas las actuaciones que estaban a su disposición para efectos de

¹ FUDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN, Muerte Súbita. Puede consultarse en el siguiente enlace: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/muerte-subita.html>

salvaguardar la vida del paciente, lo cual, durante el tiempo que este permaneció en la Institución, efectivamente se logró.

Sin perjuicio de lo anterior, debe resaltarse que no obra en el plenario dictamen de necropsia o autopsia ni ningún documento que evidencie la práctica de alguna técnica médico legal determinante que revele la causa del fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, por lo que carente de toda justificación probatoria resulta la afirmación de que el origen del deceso del familiar de los demandantes, acaeció como resultado de las complicaciones de la patología que lo habría llevado en un inicio a acudir a la I.P.S. accionada.

Finalmente, recuerdo que, en todo caso, la determinación de las causas que dieron origen al lamentable fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, corresponde al fondo del presente litigio, ergo, no es admisible ningún juicio de valor en ese sentido; luego que es el Juzgador quien haciendo aplicación de las reglas de la lógica y la sana crítica, debe valorar en conjunto todos los elementos de prueba incorporados al plenario y decidir de fondo.

- Por otro lado, a **ALLIANZ SEGUROS S.A.** no le consta directamente lo referente al origen o las causas que desencadenaron el deceso del señor **MIGUEL OLAYA**, toda vez que se trata supuestos fácticos desconocidos por mi mandante, al no tener relación con el giro normal de las actividades comerciales que desarrolla. Dicho lo anterior, es menester reiterar que, como ya se advirtió en los literales anteriores, no cuenta con ningún respaldo probatorio la aseveración del accionante frente a que la cadena de los hechos que condujeron a la muerte del señor **MIGUEL OLAYA**, se produjo por una atención inadecuada, deficiente e indebida por parte de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, y por la omisión de **ASMET SALUD E.P.S.**, al no autorizar la remisión a un centro de salud especializado.

En primer lugar, es de recordar que, en atención a las consignas de la Historia Clínica que milita en el plenario, la atención de salud que proporcionó la I.P.S., se ajustó a los protocolos que rigen la *lex artis*; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que el familiar de los demandantes ingresa a la I.P.S., esta prestó la atención de urgencias necesaria para estabilizar los signos vitales del paciente, y salvaguardar su integridad física, tomando los exámenes de rigor, y suministrando la medicación a la que había lugar; aunado a ello, como era su obligación, realizó las gestiones oportunas para que su paciente fuera remitido a un centro de mayor nivel de complejidad, puesto como ya se indicó al Despacho, **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, es un nivel básico de consulta y su sala de urgencias es de nivel igualmente básico, y se advirtió que un centro especializado en la patología que presentaba el señor **MIGUEL OLAYA** podría brindar una atención mucho más técnica; no obstante de ello, la I.P.S. acertadamente conservó el paciente en observación y continuó proporcionándole la atención que le era posible otorgar, mientras se ejecutaba la remisión por parte de la E.P.S.

Posteriormente, al observarse que, para el día siguiente 04 de abril del 2016, los signos del señor **MIGUEL OLAYA** se habían normalizado, que había aminorado la sintomatología con la que ingresó, que los exámenes realizados mostraban que se encontraba estable (luego que en el electrocardiograma de control se encontró una frecuencia cardiaca de 75 X' -cuando la normal debe ser entre 60 y 80 x'-, y no hubo alteración del segmento ST ni de la onda T que sugirieran isquemia miocárdica) y que no se hacía necesaria una hospitalización más prologada, su médico tratante Dr. Heriberto Camacho Vega, decidió darlo de alta con tratamiento oral, control por consulta externa para continuar manejo y recomendaciones para seguir en casa. Finalmente, bajo esa evolución de hechos, se decidió suspender el proceso

de remisión, como quiera que, se reitera, el paciente se encontraba en condiciones de salud que le permitían su egreso de la Institución.

Aunado a lo indicado, no puede pasar por alto el Despacho que, desde su ingreso, el paciente no refirió antecedentes patológicos que se pudieran relacionar con la sintomatología que presentaba, y tampoco hizo alusión a antecedentes quirúrgicos; además, en la Historia Clínica no se observan antecedentes relevantes como por ejemplo, eventos de arritmias, eventos coronarios agudos, eventos de enfermedad arterial, accidentes cerebrovasculares o cualquier otro que pudiese haber orientado de manera diferente el diagnóstico y tratamiento efectuado por los profesionales de la salud.

AMNESIS		FECHA DE LA NOTA 03/04/2016 08:42 35 p.m.
MOTIVO DE CONSULTA		ENFERMEDAD ACTUAL
ME DUELE EL PECHO Y TENGO MAREO		PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN TORAX DE INTENSIDAD DE 7/10 EN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR, ADEMAS PRESENTA VERTIGO
ANT PATOLOGICO NIEGA, ANT OX NIEGA, ANT ALERGICO NIEGA		

En ese orden de ideas, la atención que brindó I.P.S., y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las results de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; por ello, el actor realiza esta aseveración sin ninguna justificación ni respaldo probatorio que permita dar certeza a su dicho.

En segundo lugar, en lo que respecta a la responsabilidad que pretende hacer ver el accionante frente a ASMET SALUD E.P.S., es importante indicar que la misma también se queda sin soporte probatorio, luego que, conforme a las pruebas que relaciona la E.P.S. en su escrito contestatorio, la remisión del señor **MIGUEL OLAYA** a un centro de mayor complejidad, ciertamente fue gestionada básicamente desde el momento en el que ingresa a la I.P.S. y esta informa lo respectivo; como se aprecia a continuación, la remisión fue generada a las 09:15:10 pm del 03 de abril del 2016:

FECHA REMISION		DATOS DE LA REMISION	
domingo, 02 de abril de 2016 09:15:10 pm			
Institución :	NIVEL III	Especialidad :	MEDICINA INTERNA
Servicio :	URG OBSERVACION	Tipo de Remisión :	3 URGENCIAS
CUERPO DE LA REMISION			
PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN TORAX , ASOCIADO A VERTIGO , SE REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA QUE REPORTE R -R IRREGULAR , AUSENCIA DE ONDA P ANT PATOLOGICO NIEGA , ANT QX NIEGA , ANT ALERGICO NIEGA - EXAMEN FISICO - TA 130/70 FR 16 FC 70 S02 98 - CCC NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL HUEMDA CUELLO MOVIL - TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE , RUIDO CARDICO SIN SOPLO, PULMONES MURMULLO VESICULAR - ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA DIGITO PRESION - EXTREMIDADES SIN EDEMAS - DX FIBRILACION AURICULAR - TTO AMIODARONA 300 MG EN LEV PASAR EN 30 MINUTOS - PLAN SE REMITE POR URGENCIA PRIORITARIAMENTE PARA VALORACION POR MEDICINA INTERNA			

Contrario a lo que pretende hacer ver el accionante, las solicitudes y requerimientos en efecto se realizaron tanto por parte de la I.P.S. como de la E.P.S. ASMET SALUD; sin embargo, la remisión no se pudo ejecutar luego que, como se puede constatar en la Historia Clínica y en el escrito de la contestación presentada por ASMET SALUD E.P.S., los centros médicos de mayor nivel de complejidad requeridos, no contaban con disponibilidad de cupo, por lo que no podían aceptar la remisión; de tal suerte, es importante indicar desde ya que, el ingreso del señor **MIGUEL OLAYA** a otro Centro de salud no se materializó, no por negligencia o abandono de ninguna de las demandadas, pues hicieron todo lo que estaba a su alcance en relación con los requerimientos, sino porque, desafortunadamente, las I.P.S. que contaban con el servicio requerido, como se distingue en el cuadro anexo en la contestación de ASMET SALUD, no tenían disponibilidad.

Por lo anterior, estima la suscrita que las afirmaciones del actor no tienen fundamento fáctico ni probatorio, por cuanto que las actuaciones desplegadas por los sujetos pasivos de esta acción, se ajustaron a los protocolos que rigen las obligaciones que cada una debe asumir frente al servicio de salud; adicional a ello, no está de más resaltar que en la pretendida atribución de responsabilidad a la I.P.S. a la que hace referencia el extremo activo en este hecho, no se concreta porqué es que considera que la actuación de la I.P.S. fue "inadecuada, deficiente e indebida", sólo le bastó el accionante sin detalle, argumento, ni prueba idónea y pertinente, señalar que el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA** le resulta atribuible, dejando así de lado las obligaciones que su rol como sujeto activo de este litigio le impone.

Finalmente, considero oportuno señalar que, como se ahondará en los acápites siguientes, en lo que atañe a la atribución de responsabilidad civil extracontractual en la prestación del servicio de salud, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ya ha sido muy enfática en aseverar, que es indispensable la concurrencia de unos elementos *sine qua non*, estos son, un hecho dañoso, un daño y un nexo causal entre el daño y el hecho; así, debe acreditarse fehacientemente el vínculo que une el hecho al daño acaecido, como quiera que, cuando este no está debidamente demostrado, se convierte en una circunstancia que obstaculiza la atribución de responsabilidad.

En esa medida, del análisis del acervo probatorio que milita en el expediente, se advierte que no existe ninguna prueba que acredite la existencia de un nexo causal como presupuesto para la configuración de la responsabilidad civil extracontractual; en contraste, sí se tienen elementos que permiten advertir la carencia del mentado requisito, puesto que, como se indicó anteriormente, la Historia Clínica por ejemplo, es fiel demostración de que la I.P.S.,

actuó con diligencia y con fundamento en los protocolos médicos, proporcionando los medios que como nivel básico de consulta y de urgencias tenía a su disposición para mejorar la condición de salud del paciente.

Para este tipo de escenarios, téngase en cuenta que la Corte ha indicado que, cuando el personal de salud ha obrado bajo la debida diligencia y cuidado en su organización o la de sus elementos humanos, no siendo posible evidenciar la infracción a sus deberes objetivos de prudencia, como efectivamente se ha suscitado en este asunto, se rompe el nexo causal indispensable para que se configure la responsabilidad civil que aquí se depreca; así lo ha manifestado la Corte:

“(…) 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 (…)”² Negrita por fuera del texto original.

En efecto, no hay medios de prueba que acrediten que el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA** se suscitó en el tenor de lo manifestado en el escrito introductorio, pues, las pruebas allegadas permiten enervar cualquier responsabilidad que a cargo de las accionadas, especialmente de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, desatinadamente pretende el accionante, y, por contera, cualquier responsabilidad indemnizatoria que se pretenda en contra de mi mandante como llamada en garantía por dicha Institución.

Sin perjuicio de todo lo expuesto, recuerdo que, en todo caso, la determinación de las causas que dieron origen al lamentable fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, corresponde al fondo del presente litigio, ergo, no es admisible ningún juicio de valor en ese sentido; luego que es el Juzgador quien haciendo aplicación de las reglas de la lógica y la sana crítica, debe valorar en conjunto todos los elementos de prueba incorporados al plenario y decidir de fondo.

Frente al hecho “2.7.”: a mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones realizadas en este hecho, como quiera que son circunstancias extrañas al objeto comercial al que se dedica, y se refiere a personas jurídicas diferentes de la Compañía aseguradora a la cual represento; empero, debe aclararse que **ASMET SALUD E.P.S.** al ser parte de los integrantes del sistema de Seguridad Social en Salud, tiene la misión de administrar los recursos destinados al régimen de salud subsidiado, por otro lado, la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, que se encarga de dar atención clínica, es decir de ejecutar el servicio de salud, en ese sentido, si bien la I.P.S. hace parte de la red de atención de **ASMET SALUD E.P.S.**, no se encarga de administrar los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Frente al hecho “2.8.”: a mi prohijada no le constan de manera directa las afirmaciones realizadas en este hecho, como quiera que son circunstancias extrañas al objeto comercial aseguratorio que desarrolla, y se refiere a personas jurídicas diferentes de la Compañía aseguradora a la cual represento. Dicho lo anterior, es preciso dilucidar que, de acuerdo con los medios de prueba incorporados en el expediente, si bien es cierto que **CAJA DE**

² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC5050-2014 del 28 de abril de 2014. M.P.: Dra. Ruth Marina Díaz Rueda.

COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA y **ASMET SALUD E.P.S.**, son entidades privadas prestadoras de servicio de salud y, en efecto, son integrantes del sistema de salud que se encuentran vinculadas civilmente, luego que la E.P.S. y la Caja de Compensación Familiar del Cauca (Clínica Comfacauca) suscribieron el contrato de prestación de servicios No. C-584-15 para la prestación de servicios de salud a los afiliados de **ASMET SALUD E.P.S.**, esto no quiere decir que las mismas puedan ser consideradas como solidariamente responsables.

Lo anterior, toda vez que, de conformidad con el contenido de la cláusula décima del contrato de prestación de servicios No. C-584-15, incorporado por **ASMET SALUD E.P.S.**, las contratantes, esto es **ASMET SALUD E.P.S.** y la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, no responderían por las omisiones o actuaciones irregulares en la ejecución de las funciones que cada una tienen asignadas; en ese sentido, como lo indicó la E.P.S. demandada en su contestación, no existe la solidaridad a la que hace referencia la parte actora en este hecho.

Visto lo anterior, en gracia de discusión y sin que implique el reconocimiento de responsabilidad a cargo de las demandadas, es preciso señalar que, en el eventual y remoto escenario de que se encontraran probados los presupuestos fácticos y las pretensiones de la demanda, corresponderá al Juez analizar de fondo las actuaciones desarrolladas por las dos accionadas y determinar el grado de injerencia de ambas en el desarrollo de los hechos estudiados, para efectos de dilucidar las eventuales obligaciones indemnizatorias que podrían recaer frente a cada una de ellas; sin embargo, esto se plantea en el hipotético evento de que al transcurso de esta contienda se logran acreditar las aseveraciones y peticiones del demandante.

Frente al hecho “2.9.”: a mi representada no le consta de manera directa lo aseverado en este hecho, como quiera que se trata de personas jurídicas diferentes a la misma; sin embargo, de acuerdo a la copia de la constancia emitida por la Superintendencia Nacional Subsidio, por medio del cual se certifica la existencia y representación legal de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, es cierto.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Manifiesto respetuosamente al Despacho que me opongo a la totalidad de las pretensiones declarativas y condenatorias solicitadas en la demanda, por cuanto carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad; como quiera que esta acción requiere que la parte accionante acredite que, ciertamente, la demandada desplegó una acción que le produjo un daño o perjuicio, susceptible de ser indemnizado; perjuicio que, indudablemente, debe ser justificado mediante los elementos de convicción autorizados por el Código General del Proceso.

Sin embargo, en el caso de marras, no existe prueba fehaciente que permita endilgar responsabilidad civil al extremo pasivo de este asunto, especialmente a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, en tanto que no se demuestra un actuar culposos, mucho menos doloso, de los profesionales de dicha Institución en la atención que brindaron al señor **MIGUEL OLAYA**, de manera que las pretensiones, en efecto, no tienen ninguna vocación de prosperidad. Es preciso reiterar que, como se ha manifestado a lo largo de este escrito, la Historia Clínica que reposa en el expediente, es fiel demostración de que la actuación de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, se ajustó a los protocolos de la *lex artis*, y que tuvo como único propósito el de salvaguardar la vida del paciente; así pues, la conducta estuvo exenta de culpa y, por ende, se reitera, no existe frente a la accionada ningún juicio de reproche que permita dar justificación a los requerimientos declarativos y resarcitorios del extremo activo de esta contienda.

Debe entenderse desde ya, que ni a la I.P.S., ni mucho menos a mi representada como llamada en garantía de la misma, les asiste responsabilidad indemnizatoria alguna sobre la ocurrencia del hecho reprochado en la demanda, luego que no tuvieron ninguna participación o injerencia sobre la misma; se reitera que no se avizora ninguna conducta antijurídica que se pueda atribuir al extremo pasivo de este litigio, puesto que de conformidad con las pruebas documentales que obran en el acervo, no se presentó ninguna trasgresión de la *lex artis*

Por otro lado, las pretensiones del accionante no sólo son infundadas, sino que revelan un afán de lucro que resulta imposible de atender; así pues, es preciso que, sin que implique el reconocimiento de responsabilidad alguna por parte de mi prohilada, en el eventual y remoto escenario de que el Juzgador las considere probadas, se deberá recordar que el monto al que eventualmente haya lugar, en ningún caso podrá ser superior a la verdadera magnitud del daño causado, ajustándose al precedente jurisprudencial que existe frente a este tipo de escenarios.

En ese orden de ideas, respetuosamente solicito denegar la totalidad de las pretensiones de la parte actora e imponerle la correspondiente condena en costas y agencias en derecho. 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 pretensión en el siguiente tenor:

1. Frente al pretensión “3.1.”:

En lo que se refiere a la pretensión “3.1.” señalada por la parte actora, en la que pretende que se declare que las demandadas **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** y **ASMET SALUD E.P.S.**, son civil y solidariamente responsables por la muerte del señor **MIGUEL OLAYA**, manifiesto, de manera rotunda, que me opongo a la prosperidad de esta pretensión, por tratarse de una solicitud basada en un presupuesto fáctico completamente alejado de la realidad.

Es menester reiterar que, las aseveraciones del accionante frente a que la cadena de los hechos que condujeron a la muerte del señor **MIGUEL OLAYA**, no cuenta con ningún respaldo probatorio. No hay ningún elemento de convicción que permita deducir con certeza que el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA** se produjo por una atención inadecuada, deficiente e indebida por parte de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, ni por la presunta omisión de **ASMET SALUD E.P.S.**, en no autorizar la remisión a un centro de salud especializado.

En primer lugar, es de recordar que, en atención a las consignas de la Historia Clínica que milita en el plenario, la atención de salud que proporcionó la I.P.S. demandada, se ajustó a los protocolos que rigen la *lex artis*; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que el familiar de los demandantes ingresa a la I.P.S., esta prestó la atención de urgencias necesaria para estabilizar los signos vitales del paciente, y salvaguardar su integridad física, tomando los exámenes de rigor, y suministrando la medicación a la que había lugar; aunado a ello, como era su obligación, realizó las gestiones oportunas para que su paciente fuera remitido a un centro de mayor nivel de complejidad, puesto como ya se indicó al Despacho la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, es un nivel básico de consulta y su sala de urgencias es de nivel igualmente básico, y se advirtió que un centro especializado en la patología que presentaba el señor **MIGUEL OLAYA** podría brindar una atención mucho más técnica; no obstante de ello, la I.P.S. acertadamente conservó el paciente en observación y continuó proporcionándole la atención que le era posible otorgar, mientras se ejecutaba la remisión por parte de la E.P.S.

Posteriormente, al observarse que, para el día siguiente 04 de abril del 2016, los signos del señor **MIGUEL OLAYA** se habían normalizado, que había aminorado la sintomatología con la que ingresó, que los exámenes realizados mostraban que se encontraba estable, y que no se hacía necesaria una hospitalización más prologada, su médico tratante Dr. Heriberto Camacho Vega, decidió darlo de alta con tratamiento oral, control por consulta externa para continuar manejo y recomendaciones para seguir en casa. Finalmente, bajo esa evolución de hechos, se decidió suspender el proceso de remisión, como quiera que, se reitera, el paciente se encontraba en condiciones de salud que le permitían su egreso de la Institución.

En ese orden de ideas, la atención que brindó I.P.S., y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las results de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; por ello, no hay presupuestos fácticos válidos que permitan dar justificación a la pretensión declarativa del accionante en contra de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**.

En segundo lugar, en lo que respecta a la responsabilidad que pretende hacer ver el accionante frente a ASMET SALUD E.P.S., es importante indicar que la misma también se queda sin soporte probatorio, luego que, conforme a las pruebas que relaciona la E.P.S. en su escrito contestatorio, la remisión del señor **MIGUEL OLAYA** a un centro de mayor complejidad, ciertamente fue gestionada básicamente desde el momento en el que ingresa a la I.P.S. y esta informa lo respectivo; como se aprecia a continuación, la remisión fue generada a las 09:15:10 pm del 03 de abril del 2016:

FECHA REMISION		DATOS DE LA REMISION	
domingo, 03 de abril de 2016, 09:15:10 pm			
Institución :	NIVEL III	Especialidad :	MEDICINA INTERNA
Servicio :	URG OBSERVACION	Tipo de Remisión :	3 URGENCIAS
CUERPO DE LA REMISION			
PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN TORAX , ASOCIADO A VERTIGO , SE REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA QUE REPORTE R -R IRREGULAR , AUSENCIA DE ONDA P ANT PATOLOGICO NIEGA . ANT QX NIEGA . ANT ALERGICO NIEGA EXAMEN FISICO TA 130/70 FR 16 FC 70 S02 98 CCC NORMOCEFALO. MUCOSA ORAL HUEMDA CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE , RUIDO CARDICO SIN SOPLO. PULMONES MURMULLO VESICULAR ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA DIGITO PRESION EXTREMIDADES SIN EDEMAS DX FIBRILACION AURICULAR TTO AMIODARONA 300 MG EN LEV PASAR EN 30 MINUTOS PLAN SE REMITE POR URGENCIA PRIORITARIAMENTE PARA VALORACION POR MEDICINA INTERNA			

Contrario a lo que pretende hacer ver el accionante, las solicitudes y requerimientos en efecto se realizaron tanto por parte de la I.P.S. como de la E.P.S. ASMET SALUD; sin embargo, la remisión no se pudo ejecutar luego que, como se puede constatar en la Historia Clínica y en el escrito de la contestación presentada por ASMET SALUD E.P.S., los centros médicos de mayor nivel de complejidad requeridos, no contaban con disponibilidad de cupo, por lo que no podían aceptar la remisión; de tal suerte, es importante indicar desde ya que, el ingreso del señor **MIGUEL OLAYA** a otro Centro de salud no se materializó, no por negligencia o abandono de ninguna de las demandadas, pues hicieron todo lo que estaba a su alcance en relación con los requerimientos, sino porque, desafortunadamente, las I.P.S. que contaban con el servicio requerido, como se distingue en el cuadro anexo en la contestación de ASMET SALUD, no tenían disponibilidad.

Por lo anterior, estima la suscrita que las afirmaciones del actor no tienen fundamento fáctico ni probatorio, por cuanto que las actuaciones desplegadas por las demandadas, se ajustaron a los protocolos que rigen las obligaciones que cada una debe asumir frente al servicio de salud; adicional a ello, no está de más resaltar que en la pretendida atribución de responsabilidad a la I.P.S. a la que hace referencia el extremo activo en este hecho, no se concreta porqué es que considera que la actuación de la I.P.S. fue “inadecuada, deficiente e indebida”, sólo le bastó el accionante sin detalle, argumento, ni prueba idónea y pertinente, señalar que el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA** le resulta atribuible, dejando así de lado las obligaciones que su rol como sujeto activo de este litigio le impone.

Finalmente, considero oportuno señalar que, como se ahondará en los acápites siguientes, en lo que atañe a la atribución de responsabilidad civil extracontractual en la prestación del servicio de salud, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ya ha sido muy enfática en aseverar, que es indispensable la concurrencia de unos elementos *sine qua non*, estos son, un hecho dañoso, un daño y un nexo causal entre el daño y el hecho; así, debe acreditarse fehacientemente el vínculo que une el hecho al daño acaecido, como quiera que, cuando este no está debidamente demostrado, se convierte en una circunstancia que obstaculiza la atribución de responsabilidad.

En esa medida, del análisis del acervo probatorio que milita en el expediente, se advierte que no existe ninguna prueba que acredite la existencia de un nexo causal como presupuesto para la configuración de la responsabilidad civil extracontractual; en contraste, sí se tienen elementos que permiten advertir la carencia del mentado requisito, puesto que, como se indicó anteriormente, la Historia Clínica por ejemplo, es fiel demostración de que la I.P.S. demandada, actuó con diligencia y con fundamento en los protocolos médicos, proporcionando los medios que como nivel básico de consulta y de urgencias tenía a su disposición para mejorar la condición de salud del paciente.

Para este tipo de escenarios, téngase en cuenta que la Corte ha indicado que, cuando el personal de salud ha obrado bajo la debida diligencia y cuidado en su organización o la de sus elementos humanos, no siendo posible evidenciar la infracción a sus deberes objetivos de prudencia, como efectivamente se ha suscitado en este asunto, se rompe el nexo causal indispensable para que se configure la responsabilidad civil que aquí se deprecia; así lo ha manifestado la Corte:

“(...) 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 (...)”³ Negrita por fuera del texto original.

En efecto, no hay medios de prueba que acrediten que el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA** se suscitó en el tenor de lo manifestado en el escrito introductorio, pues, las pruebas allegadas permiten enervar cualquier responsabilidad que a cargo de las accionadas, especialmente de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, desatinadamente pretende el accionante, y, por contera, cualquier responsabilidad indemnizatoria que se pretenda en contra de mi mandante como llamada en garantía.

³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC5050-2014 del 28 de abril de 2014. M.P.: Dra. Ruth Marina Díaz Rueda.

Sin perjuicio de todo lo expuesto, recuerdo que, en todo caso, la determinación de las causas que dieron origen al lamentable fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, corresponde al fondo del presente litigio, ergo, no es admisible ningún juicio de valor en ese sentido; luego que es el Juzgador quien haciendo aplicación de las reglas de la lógica y la sana crítica, debe valorar en conjunto todos los elementos de prueba incorporados al plenario y decidir de fondo.

2. Frente a la pretensión “3.2.”:

En la pretensión “3.2.”, el actor solicita se condene solidariamente a las demandadas a indemnizar a los accionantes por la muerte del señor **MIGUEL OLAYA**. Frente a esta petición reitero, como es apenas lógico, mi posición de oposición frente a su prosperidad; luego que en la evolución de hechos ciertamente suscitados en este asunto, no se observa ninguna actuación que comprometa la responsabilidad de la parte accionada; en ese tenor, no existe prueba suficiente para demostrar que se creó en cabeza de demandada la obligación de indemnizar a la actora, significando esto un obstáculo insalvable para reconocimiento indemnizatorio alguno, así pues, recuérdese, que al Juzgador le está vedada la posibilidad de presumir como ciertas obligaciones indemnizatorias sin respaldo fáctico ni probatorio.

Por lo anterior, solicito respetuosamente al Juzgador negar la pretensión de la demanda, y en consecuencia, exonerar de cualquier responsabilidad indemnizatoria a la parte pasiva del litigio, y por contera, a mi prohijada como llamada en garantía.

3. Frente a la pretensión “3.3.”:

Asevera el accionante que, como consecuencia del fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, debe condenarse a los demandados al pago de perjuicios morales, presuntamente surgidos de dicho hecho dañoso. Frente a esta pretensión, reitero mi posición de oposición frente a su prosperidad, toda vez que, como resultado de lo expuesto frente a la pretensión “3.1.”, esta solicitud está llamada a no prosperar, ya que si no están dados los presupuestos de hecho y derecho indispensables para una declaratoria de responsabilidad civil en contra de la demandada, no sería legalmente procedente la imposición de una condena en su contra.

- Pronunciamiento en relación con el DAÑO MORAL:

Se señaló en el libelo demandatorio una pretensión indemnizatoria por concepto de **perjuicios morales**, de conformidad con lo señalado en el acta de conciliación No. 014207 que se allegó al plenario, esto es, la suma equivalente a **100 SMMLV** para la señora Olga Enis Balanta, y la suma equivalente a **50 SMMLV** para cada uno de los siguientes: Maritza Olaya Balanta, Carmenza Olaya Balanta, Arley Olaya Balanta, Yuli Vanessa Olaya Rodríguez, Andrés Felipe Olaya Carabali y Yessica Fernanda Mina Olaya; pretensión frente a la cual manifiesto respetuosamente al Juzgador que me opongo a su prosperidad.

Primero que todo, es menester recordar que, como ya se ha indicado en varias ocasiones, en el asunto bajo análisis no se encuentra probada la responsabilidad civil que pretende la actora endilgar a la accionada; y 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, no hay ningún elemento de convicción que permita deducir con certeza que el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA** se produjo por una atención inadecuada, deficiente e indebida por parte de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL**

CAUCA, ni por la presunta omisión de ASMET SALUD E.P.S., en no autorizar la remisión a un centro de salud especializado.

La atención que brindó I.P.S., y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las resultados de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; por ello, no hay presupuestos fácticos válidos que permitan dar justificación a la pretensión del accionante en contra de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**.

Como ya se expuso anteriormente, del análisis del acervo probatorio que milita en el expediente, se advierte que no existe ninguna prueba que acredite la existencia de un nexo causal como presupuesto para la configuración de la responsabilidad civil extracontractual; en contraste, sí se tienen elementos que permiten advertir la carencia del mentado requisito, puesto que, la Historia Clínica por ejemplo, es fiel demostración de que la I.P.S. demandada, actuó con diligencia y con fundamento en los protocolos médicos, proporcionando los medios que como nivel básico de consulta y de urgencias tenía a su disposición para mejorar la condición de salud del paciente; por otro lado, en lo que atañe al actuar de la E.P.S. accionada, conforme a las pruebas que esta relacionó en su escrito contestatorio, se advierte que la remisión del señor **MIGUEL OLAYA** a un centro de mayor complejidad, ciertamente fue gestionada básicamente desde el momento en el que ingresa a la I.P.S. y esta informa lo respectivo, sin embargo, la remisión no se pudo ejecutar, luego que los centros médicos de mayor nivel de complejidad requeridos, no contaban con disponibilidad de cupo, por lo que dichas I.P.S. no podían aceptar la remisión.

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.

Se recuerda además que, 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 el Máximo Tribunal de lo Contencioso Civil, respecto de la reparación o compensación de los perjuicios inmateriales, en este caso, frente al daño moral.

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 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.

Finalmente, considero importante resaltar que en el plenario no consta ningún medio de prueba que de respaldo a lo indicado en este literal, por ejemplo, no se observa récord de tratamiento o si quiera consulta médica por psicología, mucho menos psiquiatría, que dieran pie a considerar un agravio moral por el monto indemnizatorio denunciado en la demanda; y como resultado, es preciso que el Juzgador despache desfavorablemente esta pretensión.

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 del demandante, en un franco desmedro de la contraparte.

III. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

En el presente acápite se presentarán los fundamentos de hecho y de derecho que en general, sustentan la oposición general a las pretensiones de la demanda y, en particular acreditan que la demandante no ha probado, como es su deber, la existencia de todos los supuestos normativos de la presunta responsabilidad civil extracontractual que pretende endilgar a los demandados: **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** y la E.P.S. ASMET SALUD.

Sustento la oposición a las pretensiones invocadas por el extremo activo de este litigio de conformidad con las siguientes excepciones:

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

Solicito respetuosamente al Juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por la **CAJA DE COMPENSACIÓN COMFACAUCA**, las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi prohijada, y en ese mismo sentido las que expongo a continuación:

- **AUSENCIA DE CULPA IMPUTABLE A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA, POR ESTAR ACREDITADO EL PROCEDER DILIGENTE DE SU PERSONAL MÉDICO.**

Se formula esta excepción en virtud de que, de conformidad con las consignas de la Historia Clínica que milita en el plenario, la atención de salud que proporcionó la I.P.S. demandada y posteriormente llamada en garantía por la E.P.S. ASMET SALUD, se ajustó a los protocolos que rigen la *lex artis*; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que el familiar de los demandantes ingresa a la I.P.S., esta prestó la atención de urgencias necesaria para estabilizar los signos vitales del paciente, y salvaguardar su integridad física, tomando los exámenes de rigor, y suministrando la medicación a la que había lugar; aunado a ello, como era su obligación, realizó las gestiones oportunas para que su paciente fuera remitido a un centro de mayor nivel de complejidad, puesto como ya se indicó al Despacho, **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, es un nivel básico de consulta y su sala de urgencias es de nivel igualmente básico, y se advirtió que un centro especializado en la patología que presentaba el señor **MIGUEL OLAYA** podría brindar una atención mucho más técnica; no obstante de ello, la I.P.S. acertadamente conservó el paciente en observación y continuó proporcionándole la atención que le era posible otorgar, mientras se ejecutaba la remisión por parte de la E.P.S.

Posteriormente, al observarse que, para el día siguiente 04 de abril del 2016, los signos del señor **MIGUEL OLAYA** se habían normalizado, que había aminorado la sintomatología con la que ingresó, que los exámenes realizados mostraban que se encontraba estable, y que no se hacía necesaria una hospitalización más prologada, su médico tratante Dr. Heriberto Camacho Vega, decidió darlo de alta con tratamiento oral, control por consulta externa para continuar manejo y recomendaciones para seguir en casa. Finalmente, bajo esa evolución de hechos, se decidió suspender el proceso de remisión, como quiera que, se reitera, el paciente se encontraba en condiciones de salud que le permitían su egreso de la Institución.

En ese orden de ideas, la atención que brindó I.P.S., y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las results de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; por ello, no hay presupuestos fácticos válidos para atribuir una conducta reprochable en contra de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**.

Finalmente, no está de más resaltar que en la pretendida atribución de responsabilidad a la I.P.S. a la que hace referencia el extremo activo en la demanda, no se concreta porqué es que considera que la actuación de la I.P.S. fue “inadecuada, deficiente e indebida”, sólo le bastó el accionante sin detalle, argumento, ni prueba idónea y pertinente, señalar que el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA** le resulta atribuible, dejando así de lado las obligaciones que su rol como sujeto activo de este litigio le impone.

En ese orden de ideas, solicito respetuosamente al Despacho tener como probada la excepción de “ausencia de culpa imputable a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, por estar acreditado el proceder diligente de su personal médico”, planteada en contra de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

- **EL SUSTENTO FÁCTICO DE LA DEMANDA NO SE AJUSTA A LA REALIDAD DE LOS HECHOS SUSCITADOS, COMO QUIERA QUE LA REMISIÓN DEL SEÑOR MIGUEL OLAYA SÍ SE SOLICITÓ, SIN EMBARGO, SE DESISTIÓ DE LA MISMA EN RAZÓN DE LA EVOLUCIÓN FAVORABLE DEL PACIENTE, Y DE LA AUSENCIA DE DISPONIBILIDAD DE CUPO.**

En lo que respecta a la responsabilidad que pretende hacer ver el accionante por la presunta omisión en el trámite de la remisión del señor **MIGUEL OLAYA** a un centro de salud de mayor nivel de complejidad, es importante indicar que la misma también se queda sin soporte probatorio, luego que, conforme a las pruebas que relaciona la E.P.S. en su escrito contestatorio, la remisión ciertamente fue gestionada básicamente desde el momento en el que ingresa a la I.P.S. y esta informa lo respectivo; como se aprecia a continuación, la remisión fue generada a las 09:15:10 pm del 03 de abril del 2016:

FECHA REMISION		DATOS DE LA REMISION	
domingo, 02 de abril de 2016 09:15:10 pm			
Institución :	NIVEL III	Especialidad :	MEDICINA INTERNA
Servicio :	URG OBSERVACION	Tipo de Remisión :	3 URGENCIAS
CUERPO DE LA REMISION			
PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN TORAX , ASOCIADO A VERTIGO . SE REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA QUE REPORTE R -R IRREGULAR , AUSENCIA DE ONDA P ANT PATOLOGICO NIEGA . ANT QX NIEGA . ANT ALERGICO NIEGA EXAMEN FISICO TA 130/70 FR 16 FC 70 S02 98 CCC NORMOCEFALO . MUCOSA ORAL HUEMDA CUELLO MOVIL TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE , RUIDO CARDICO SIN SOPLO , PULMONES MURMULLO VESICULAR ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA DIGITO PRESION EXTREMIDADES SIN EDEMAS DX FIBRILACION AURICULAR TTO AMIODARONA 300 MG EN LEV PASAR EN 30 MINUTOS PLAN SE REMITE POR URGENCIA PRIORITARIAMENTE PARA VALORACION POR MEDICINA INTERNA			

Contrario a lo que pretende hacer ver el accionante, las solicitudes y requerimientos en efecto se realizaron tanto por parte de la I.P.S. como de la E.P.S. ASMET SALUD; sin embargo, la remisión no se pudo ejecutar luego que, como se puede constatar en la Historia Clínica y en el escrito de la contestación presentada por ASMET SALUD E.P.S., los centros médicos de mayor nivel de complejidad requeridos, no contaban con disponibilidad de cupo, por lo que no podían aceptar la remisión; de tal suerte, es importante indicar que, el ingreso del señor **MIGUEL OLAYA** a otro Centro de salud no se materializó, no por negligencia o abandono de ninguna de las demandadas, pues hicieron todo lo que estaba a su alcance en relación con los requerimientos, sino porque, desafortunadamente, las I.P.S. que contaban con el servicio requerido, como se distingue en el cuadro anexo en la contestación de ASMET SALUD, no tenían disponibilidad.

Aunado a lo anterior, se reitera que, el médico tratante Dr. Heriberto Camacho Vega, decidió darlo de alta con tratamiento oral, control por consulta externa para continuar manejo, recomendaciones para seguir en casa, y finalmente suspender el proceso de remisión, como quiera que, se reitera, el paciente se encontraba en condiciones de salud que le permitían su egreso de la Institución. Así demuestra la Historia Clínica que, para el día 04 de abril del 2016, los signos del señor **MIGUEL OLAYA** se habían normalizado, que había aminorado la sintomatología con la que ingresó, que los exámenes realizados mostraban que se encontraba estable, y que no se hacía necesaria una hospitalización más prologada; por ello, no puede pretender el accionante hacer creer que la remisión no fue ejecutada por negligencia de la accionada puesto que, contrario a ello, estas pusieron en marcha todas las actuaciones necesarias para la salvaguarda de la integridad física del paciente.

Por lo anterior, estima la suscrita que el supuesto fáctico del libelo genitor no tiene fundamento probatorio, por cuanto que las actuaciones desplegadas por las demandadas, se ajustaron a los protocolos que rigen las obligaciones que cada una debe asumir frente al servicio de salud; en especial en lo que respecta a las gestiones de remisión a una I.P.S. de mayor nivel de complejidad. En ese orden de ideas, solicito respetuosamente al Juzgador declarar probada esta excepción formulada en contra de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

- **INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL ATRIBUIBLE A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA POR AUSENCIA DEL NEXO CAUSAL REQUERIDO.**

Como ya se ha advertido por la suscrita en lo extenso de este documento, 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; se observa que en la esfera de la responsabilidad civil implorada, no se constituyen los elementos

necesarios para que la misma sea predicada, ya que en el caso que nos ocupa, es inexistente nexo de causalidad que permita edificar semejante cargo.

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. **Existencia de un 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. Frente a este concepto, el doctrinante Javier Tamayo Jaramillo, ha enseñado que 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.

No obstante, puede ser un hecho revestido de culpa (hecho culposos), el cual 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 o hecho dañoso que casi siempre está prohibida por la ley.

- b. **Existencia de un daño – cuya acreditación corresponde al actor:** Por su parte, en lo que al daño se refiere, es elemental indicar que,

“(...) En el ámbito normativo, la noción de daño comprende toda lesión a un interés tutelado, ya presente, ora posterior a la conducta generatriz, y en lo tocante al daño patrimonial, la indemnización cubre las compensaciones económicas por pérdida, destrucción o deterioro del patrimonio, las erogaciones, desembolsos o gastos ya realizados o por efectuar para su completa recuperación e íntegro restablecimiento, y el advenimiento del pasivo (damnum emergens), así como las relativas a la privación de las utilidades, beneficios, provechos o aumentos patrimoniales frustrados que se perciben o percibirían de no ocurrir los hechos dañosos (lucrum cessans), esto es, abarca todo el daño cierto, actual o futuro...”⁴

En atención de lo manifestado por la H. Corte Suprema de Justicia en Sentencia de 18 de diciembre de 2008, consideró al daño como un elemento estructural de la responsabilidad civil, que corresponde de manera indelegable probar a quien manifiesta su causación, según la Corte,

“(...)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

⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia 9 de septiembre de 2010. Exp. 2005-00103-01. M.P.: Dr. Namén Vargas William.

*caso, pueda confundirse con el daño meramente eventual o hipotético, que desde ningún punto de vista es admisible (...)*⁵

Teniendo en cuenta lo expresado por la Corte en esta sentencia, si no hay daño no puede hablarse de responsabilidad civil extracontractual, además se reitera, cuando se demanda por responsabilidad civil, se debe demostrar el daño que fue presuntamente causado, identificando claramente para los efectos, cómo es la accionada generó o produjo dicho daño; en ese tenor, se hace mandatorio que incorporen los medios de prueba legalmente permitidos, para demostrarle al censor la certeza que compone de su dicho y, por supuesto, la veracidad del daño irrogado.

- c. **Existencia de un nexo causal entre el hecho y el daño:** en este orden de ideas, para obtener la declaratoria de responsabilidad civil, deben acreditarse los elementos esenciales anteriores, esto es, el hecho y el daño; no obstante, aunado a ello, es precisa la acreditación del vínculo entre el hecho dañoso, culpable o delictual, y el daño presuntamente padecido por la víctima; vínculo que, valga aclarar, debe reunir determinadas condiciones, en tanto que no es suficiente con una hipotética ligazón abstracta.

El examen anterior permite concluir que, la ausencia de acreditación de la existencia del vínculo requerido para atribuir responsabilidad civil, genera, como es a todas luces esperable, la absolución de la parte demandada; toda vez que si la accionante no logra elucidar de manera clara y precisa cómo es que el actuar de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**⁶, fue la causa determinante y eficiente para la producción del perjuicio por el que quiere ser indemnizada, no habría justificación jurídicamente razonable ni viable para la prosperidad de su pretensión.

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 (...)”*⁷

Es claro el precedente jurisprudencial al determinar que efectivamente, es imprescindible la presencia de un vínculo entre el hecho y el daño, el cual refleje a todas luces necesaria, la atribución de responsabilidad civil; si no es claro cómo es que la accionada fue la causante

⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia del 18 de diciembre del 2018, expediente 88001-3103-002-2005-00031-01.

⁶ Se recuerda que, dicha defensa se esgrime a su vez como fundamento para justificar la inviabilidad del llamamiento en garantía formulado por la E.P.S. ASMET SALUD.

⁷ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia 6878 de septiembre 26 de 2002. M.P.: Dr. Jorge Santos Ballesteros.

del daño irrogado, trasciende improcedente, por carencia de demostración, que eventualmente se la condene como civilmente responsable.

Aterrizando al caso que nos asiste, analizando principalmente la Historia Clínica, observamos que la atención que brindó **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las resultas de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; por ello, no hay presupuestos fácticos válidos para atribuir una conducta reprochable en contra de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, que permita a su vez establecer la existencia de un nexo causal entre la misma y el fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, hecho lesivo fundamento de las pretensiones del caso que nos convoca.

Se reitera entonces que, si bien el hecho dañoso, y el daño, son de más fácil identificación en esta causa, no resulta así frente al nexo causal, puesto que este se ha desfigurado al no evidenciarse ninguna actuación por parte del extremo demandado que hubiese repercutido en la producción de la génesis, desarrollo ni desenlace de los hechos reprochados.

Adicionalmente, sin perjuicio de lo anterior, debe resaltarse que no obra en el plenario dictamen de necropsia o autopsia ni ningún documento que evidencie la práctica de alguna técnica médico legal determinante que revele la causa del fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, por lo que carente de toda justificación probatoria resulta la afirmación de que el origen del deceso del familiar de los demandantes, acaeció como resultado de las complicaciones de la patología que lo habría llevado en un inicio a acudir a la I.P.S. accionada, igualmente, carecería de fundamento cualquier aseveración relativa a que como consecuencia de las atenciones brindadas en la I.P.S., se produjo el lamentable desenlace; y de tal rigor, el nexo causal en este asunto no está fehacientemente establecido, por lo que, mandatorio resulta negar la pretensión declaratoria de responsabilidad civil extracontractual.

Como corolario se concluye que, ante la ausencia de uno de los elementos de la responsabilidad civil extracontractual, los hechos deben ser tenidos como no probados y las pretensiones de la demanda necesariamente fracasar; y, en esa medida, solicito respetuosamente al Juez, se sirva declarar probada esta la excepción denominada como "inexistencia de responsabilidad atribuible a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** por la ausencia del nexo causal requerido" planteada en contra de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

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

Es mandatorio 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 de éxito genere un incumplimiento.

En ese sentido, se ha pronunciado la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia, en el siguiente tenor:

"(...) 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 (...)"***⁸

De tal suerte, evaluando el precedente jurisprudencial que sobre la materia existe, y confrontando los hechos que hoy nos asisten, resulta evidente que el lastimoso fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, no puede, bajo ningún concepto, ser atribuido a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, puesto que, como ya se explicó, las actuaciones de los profesionales de la salud de dicha Institución, se basaron en los protocolos de la *lex artis*, poniendo a disposición del paciente, todos los medios con los que contaban para efectos de salvaguardar su vida; sin embargo, al día siguiente de que el paciente egresa de la I.P.S., presentó presuntamente un colapso súbito que lo llevó a la muerte, escenario en el que no tuvo ninguna injerencia ni participación la demandada.

Por lo anterior, palmario es que, contrario a lo expuesto por la accionante, el comportamiento de los profesionales de la salud de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, demandada y posteriormente llamada en garantía en esta contienda, fue diligente, acertada y ajustada a los procedimientos tanto clínicos (atención de urgencias y hospitalaria), como administrativos (requerimiento de remisión), de manera que, ante la completa orfandad de una negligencia médica, no es dable considerar que la Institución sea responsable del daño alegado en el libelo introductor, ergo, será menester que en el momento de resolver de fondo, el Juzgador profiera sentencia favorable a los intereses del extremo pasivo de este litigio.

Con todo, solicito respetuosamente al Despacho declarar probada la excepción de "el contenido obligacional que conlleva el servicio médico es de medios y no de resultado", planteada en contra de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

- **AUSENCIA DE ELEMENTOS DE PRUEBA QUE ACREDITEN LA CAUSACIÓN DE LOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LA DEMANDANTE.**

⁸ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala Civil, Sentencia del 01 de diciembre del 2011, expediente 05001-3103-008-1999-00797-01.

De conformidad con lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso⁹, la carga procesal de acreditar los elementos de convicción suficientes para que el Juez pueda establecer la existencia de responsabilidad en cabeza de quien se endilga, la tiene la parte demandante. Adicionalmente, una vez se encuentra probada la existencia de dicha responsabilidad, que en este escenario es de carácter extracontractual, es deber del extremo activo del litigio, acreditar el acaecimiento de los perjuicios que alega que presuntamente se han derivado de dicho hecho u omisión.

En ese contexto, es menester que el Despacho advierta que, sin perjuicio de lo expuesto en las precedentes consideraciones, esta excepción también permitiría enervar las pretensiones de la demanda, por cuanto en ella se solicita el resarcimiento de perjuicios morales que resultan improcedentes por no estar debidamente probada la responsabilidad civil que en este caso se deprecia.

Primero que todo, es menester recordar que, como ya se ha indicado en varias ocasiones, en el asunto bajo análisis no se encuentra probada la responsabilidad civil que pretende la actora endilgar a la accionada; y 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, no hay ningún elemento de convicción que permita deducir con certeza que el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA** se produjo por una atención inadecuada, deficiente e indebida por parte de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, ni por la presunta omisión de **ASMET SALUD E.P.S.**, en no autorizar la remisión a un centro de salud especializado.

La atención que brindó I.P.S., y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las resultados de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; por ello, no hay presupuestos fácticos válidos que permitan dar justificación a la pretensión del accionante en contra de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**.

Se reitera que, del análisis del acervo probatorio que milita en el expediente, se advierte que no existe ninguna prueba que acredite la existencia de un nexo causal como presupuesto para la configuración de la responsabilidad civil extracontractual; en contraste, sí se tienen elementos que permiten advertir la carencia del mentado requisito, puesto que, la Historia Clínica por ejemplo, es fiel demostración de que la I.P.S. demandada y posteriormente llamada en garantía, actuó con diligencia y con fundamento en los protocolos médicos, proporcionando los medios que como nivel básico de consulta y de urgencias tenía a su disposición para mejorar la condición de salud del paciente; por otro lado, en lo que atañe al actuar de la E.P.S. accionada, conforme a las pruebas que esta relacionó en su escrito contestatorio, se advierte que la remisión del señor **MIGUEL OLAYA** a un centro de mayor complejidad, ciertamente fue gestionada básicamente desde el momento en el que ingresa a la I.P.S. y esta informa lo respectivo, sin embargo, la remisión no se pudo ejecutar, luego que los centros médicos de mayor nivel de complejidad requeridos, no contaban con disponibilidad de cupo, por lo que dichas I.P.S. no podían aceptar la remisión.

⁹CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO. Artículo 167: "(...) Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen (...)".

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.

Por otro lado, no está de más señalar que, 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 el Máximo Tribunal de lo Contencioso Civil, respecto de la reparación o compensación de los perjuicios inmateriales, en este caso, frente al daño moral.

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 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.

Sin embargo, se reitera que se hacen estas manifestaciones sólo en gracia de discusión luego que, en ocasión al análisis de los hechos y de las pruebas que reposan en el expediente, es clara la inexistencia de la responsabilidad civil que se pretende, por la incompleta ausencia de demostración de actuación o conducta negligente por parte de la I.P.S.; y por ello, en vista de que el punto cardinal para que sea posible el pago del perjuicio del daño moral, (existencia de responsabilidad civil) no se encuentra probado, tampoco se podría afirmar que exista perjuicio indemnizable por este concepto, que sea exigible a la demandada y posteriormente llamada en garantía, ni mucho menos a mi procurada como llamada en garantía.

Con todo, considero importante resaltar que en el plenario no consta ningún medio de prueba que de respaldo a lo indicado en este literal, por ejemplo, no se observa récord de tratamiento o si quiera consulta médica por psicología, mucho menos psiquiatría, que dieran pie a considerar un agravio moral por el monto indemnizatorio denunciado en la demanda; y como resultado, es preciso que el Juzgador despache desfavorablemente esta pretensión.

Así las cosas, teniendo en cuenta que en el caso que nos ocupa, no hay elementos de juicio o pruebas que puedan utilizarse para identificar, mucho menos calcular los supuestos perjuicios reclamados, ni tampoco que acrediten la obligación de la accionada, es menester que el Despacho, declare como probada la excepción presentada en este literal, denominada como "ausencia de elementos de prueba que acrediten la causación de los perjuicios alegados por la demandante".

• CASO FORTUITO

Esta excepción se propone, sin perjuicio de las anteriores y sin que ello implique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de las demandadas, ni mucho menos por parte de mi

prohijada, 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, a los hallazgos que de los exámenes se reportan, y de la evolución que se registra, de manera que, si la atención médica cumple con los protocolos y guías de atención, no resulta atribuible al acto médico, como quiera que es una situación a todas luces súbita, imprevista e irresistible.

En ese sentido, 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.

Por lo anterior, solicito a su señoría respetuosamente, se sirva declarar probada esta excepción.

- **ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA.**

Esta excepción se fundamenta en un hecho que es común denominador de la demanda, es decir, la recurrente alusión a una obligación indemnizatoria inexistente, de manera que, pese a la imposibilidad de prosperidad de las pretensiones indemnizatorias contenidas en la demanda, debe destacarse que no sería viable acceder a las mismas, en cuanto constituyen la búsqueda de indemnización de unos perjuicios frente a los cuales, no tiene ninguna injerencia la demandada.

En gracia de discusión si se llegara a proferir una remota condena en contra de la parte demandada y eventualmente de mi procurada, generaría un rubro que no tiene justificación legal ni soporte probatorio alguno, lo que se traduciría en un enriquecimiento sin causa, figura prohibida en nuestra legislación.

De conformidad con lo expuesto, solicito respetuosamente declarar probada la excepción de "enriquecimiento sin causa" planteada en contra de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

- **GENÉRICA, INNOMINADAS Y OTRAS**

Solicito de la manera más respetuosa Señor Juez, se sirva declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de la parte demandante y que se origine en la Ley, en aras de la defensa del extremo pasivo del litigio en curso.

IV. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LA DEMANDA

A. Intervención en las pruebas documentales:

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 las demás pruebas que sean solicitadas y aportadas.

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

B. 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 Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo; y 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 esta no solicite y obtenga su ratificación, y entre ellos, de manera enunciativa enumero los siguientes:

- Reporte de Historia Clínica del Dr. Wilson Villareal – Reg. Médico 1851-96

Se solicita la ratificación de este documento, toda vez que la parte accionante lo ha relacionado en el libelo introductorio, en el acápite de pruebas documentales aportadas, de manera que se hace necesario que el profesional de la salud Dr. Wilson Villareal acuda ante el Despacho para efectos no sólo ratificar el contenido del documento por él emitido, sino para que acredite su idoneidad en virtud de las manifestaciones contenidas en dicho reporte.

CAPÍTULO II**CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA CONTRA ALLIANZ SEGUROS S.A.****I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

Frente al hecho número 1 del llamamiento: de conformidad con los elementos de prueba que obran en el plenario, se tiene que la señora Maritza Olaya Balanta y Otros, entablaron, en razón del lamentable fallecimiento del señor **MIGUEL OLAYA**, acaecido el 05 de abril del 2016, una demanda de responsabilidad civil extracontractual, en contra de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, tendiente al reconocimiento y pago de unos supuestos perjuicios derivados de dicho hecho lesivo.

Frente al particular, estimo necesario manifestar al Despacho que, tal y como ha sido ampliamente expuesto a lo largo de este escrito, *primero*, todas y cada una de las pretensiones de la demanda, carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, como quiera que no existe prueba fehaciente de que se haya estructurado la responsabilidad que pretende endilgarse a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, o a la otra demandada; recuérdese que en nuestro ámbito prima el principio universal de la carga de la prueba, conforme al cual quien alegue un hecho del que pretenda derivar consecuencias jurídicas y/o económicas, debe comprobar su realización. Además, se tiene que, en el caso concreto, las accionadas han demostrado mediante las consignas de la Historia Clínica, que sus actuaciones se ajustaron a los protocolos que rigen a las mismas, siendo diligentes en lo referente a la

atención en salud que requirió el señor **MIGUEL OLAYA**, durante el tiempo que permaneció en la I.P.S.

Segundo, tampoco se ha acreditado de manera fehaciente que haya existido un detrimento susceptible de reconocerse, toda vez que no existe prueba suficiente para acreditar las sumas que reclamó la accionante, convirtiéndose ello en un obstáculo insalvable para su reconocimiento, ya que al Juzgador le está vedada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio no demostrado.

Así entonces, si bien es cierto que, contra la llamante en garantía, se entabló una demanda de responsabilidad civil extracontractual por los hechos presuntamente suscitados en el mes de abril del 2016, también lo es que la demanda en sí está caracterizada por la orfandad de medios de prueba que permitan llevar al Juzgador plena convicción sobre las manifestaciones que en ella se esbozan.

Frente al hecho número 2. del llamamiento: no es cierto como está expuesto en el llamamiento, si bien mi mandante expidió la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales **No. 021874892/0**, la cual tiene una vigencia comprendida entre el 31 de diciembre del 2015 al 30 de diciembre del 2016, y en la cual la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, obra como tomador y asegurado, es preciso que para que esta póliza pueda hacerse eventualmente efectiva, se deben cumplir unos presupuestos que rigen la modalidad de cobertura con base en la cual se suscribió este negocio asegurativo, esto es la modalidad por ocurrencia (SUNSET).

Esto quiere decir que, que para que exista cobertura, los hechos motivo de litigio deben estar comprendidos entre el periodo de vigencia de la póliza y reclamados durante la vigencia de la misma o dentro de los dos (2) años siguientes después de finalizada dicha vigencia. En consecuencia, cualquier reclamo que se formule con posterioridad al fenecimiento de la vigencia del certificado de la póliza o su periodo de extensión, no está cubierto, precisamente por la referida estipulación, que se reitera, es conocida en el universo de los seguros, del derecho comparado, como "Sunset", respecto a la cual es oportuno citar el segundo inciso del Artículo 4 de la ley 389 de 1997, que a su tenor literal reza:

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

La determinación de esta modalidad puede observarse en el apartado del ámbito temporal de la cobertura, contenido en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales **No. 021874892/0**, la cual indica lo siguiente:

Ámbito Temporal

SUNSET

Bajo la presente póliza se ampara la Responsabilidad Civil Extracontractual del asegurado por los daños causados a terceros durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias sean reclamadas al asegurado o al asegurador durante la misma vigencia o dentro de los dos (2) años siguientes a su terminación.

Adicional a lo anterior, es importante indicar que, como es evidente, la póliza únicamente puede hacerse efectiva, cuando exista una condena judicialmente impuesta que lo haga exigible;

explicado en otras palabras, es menester que, para la afectación del negocio aseguratorio, previamente el asegurado haya sido judicialmente condenado al pago de indemnizaciones, derivadas de la irrefutable acreditación de alguno de los eventos asegurados en la póliza; si esto no ocurre, no le resulta exigible a mi prolijada ninguna de las obligaciones contenidas en el contrato.

En el caso de marras, no hay ningún elemento de convicción que permita concluir que en los hechos objeto de conocimiento, tuvo responsabilidad la convocante, luego que, contrario a lo que se aseveró en el libelo introductorio, el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA**, acaeció por circunstancias ajenas a la I.P.S. y a la E.P.S.; especialmente se resalta la ausencia de responsabilidad de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** luego que de cara a la Historia Clínica, no se observa que haya sido negligente o no haya actuado con diligencia, en el servicio de salud dispensado al paciente.

Es de recordar en este punto que, en atención a las consignas de la Historia Clínica que milita en el plenario, la atención de salud que proporcionó la I.P.S., se ajustó a los protocolos que rigen la *lex artis*; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que el familiar de los demandantes ingresa a la I.P.S., esta prestó la atención de urgencias necesaria para estabilizar los signos vitales del paciente, y salvaguardar su integridad física, tomando los exámenes de rigor, y suministrando la medicación a la que había lugar; aunado a ello, como era su obligación, realizó las gestiones oportunas para que su paciente fuera remitido a un centro de mayor nivel de complejidad, puesto como ya se indicó al Despacho, **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, es un nivel básico de consulta y su sala de urgencias es de nivel igualmente básico, y se advirtió que un centro especializado en la patología que presentaba el señor **MIGUEL OLAYA** podría brindar una atención mucho más técnica; no obstante de ello, la I.P.S. acertadamente conservó el paciente en observación y continuó proporcionándole la atención que le era posible otorgar, mientras se ejecutaba la remisión por parte de la E.P.S.

Posteriormente, al observarse que, para el día siguiente 04 de abril del 2016, los signos del señor **MIGUEL OLAYA** se habían normalizado, que había aminorado la sintomatología con la que ingresó, que los exámenes realizados mostraban que se encontraba estable, y que no se hacía necesaria una hospitalización más prologada, su médico tratante Dr. Heriberto Camacho Vega, decidió darlo de alta con tratamiento oral, control por consulta externa para continuar manejo y recomendaciones para seguir en casa. Finalmente, bajo esa evolución de hechos, se decidió suspender el proceso de remisión, como quiera que, se reitera, el paciente se encontraba en condiciones de salud que le permitían su egreso de la Institución.

En ese orden de ideas, la atención que brindó I.P.S., y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las resultados de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; de tal suerte, si no es clara y diáfana la atribución de responsabilidad civil frente a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, no podría el Juzgador proferir sentencia judicial condenatoria en su contra, y por contera, tampoco podría requerirse a mi procurada la afectación del negocio aseguratorio contenido en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021874892/0 de vigencia ya citada.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que la póliza está compuesta por un condicionado particular y general que también limita y circunscribe la participación de la Compañía

aseguradora; así pues, debe entenderse que la póliza no opera de manera automática, toda vez que, junto a la debida probanza de la materialización del evento asegurado, deben estudiarse las condiciones particulares y generales que rigen dicho negocio asegurativo, tales como sus coberturas, causales de exclusión, monto y límite temporal máximo de cobertura, valor de deducible y demás, para entonces considerar si está o no justificada la participación de la Compañía en la causa.

Por lo anterior, ruego al Despacho que en el momento de realizar el análisis de fondo sobre el vínculo contractual que llama a mi procurada en esta causa, se observen con detenimiento los argumentos expuestos en este acápite.

Frente al hecho número 3. del llamamiento: no es cierto como está redactado este hecho, se recuerda que si bien **ALLIANZ SEGUROS S.A.** suscribió con la convocante **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** el negocio asegurativo contenido en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **021874892/0**, con vigencia desde el **31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016**, negocio en el cual se respalda la actividad profesional del personal médico bajo relación laboral con el tomador y asegurado, es indispensable aclarar que, para que esta póliza pueda hacerse eventualmente efectiva, se deben cumplir unos presupuestos que rigen la modalidad de cobertura con base en la cual se suscribió este negocio asegurativo, esto es la modalidad por ocurrencia (SUNSET).

Esto quiere decir que, que para que exista cobertura, los hechos motivo de litigio deben estar comprendidos entre el periodo de vigencia de la póliza y reclamados durante la vigencia de la misma o dentro de los dos (2) años siguientes después de finalizada dicha vigencia. En consecuencia, cualquier reclamo que se formule con posterioridad al fenecimiento de la vigencia del certificado de la póliza o su periodo de extensión, no está cubierto, precisamente por la referida estipulación, que se reitera, es conocida en el universo de los seguros, del derecho comparado, como "Sunset", respecto a la cual es oportuno citar el segundo inciso del Artículo 4 de la ley 389 de 1997, que a su tenor literal reza:

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

La determinación de esta modalidad puede observarse en el apartado del ámbito temporal de la cobertura, contenido en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **021874892/0**, la cual indica lo siguiente:

Ámbito Temporal

SUNSET

Bajo la presente póliza se ampara la Responsabilidad Civil Extracontractual del asegurado por los daños causados a terceros durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias sean reclamadas al asegurado o al asegurador durante la misma vigencia o dentro de los dos (2) años siguientes a su terminación.

Sin embargo, es conveniente aclarar desde ya que, como se explicó previamente, en el asunto de marras no puede hacerse efectiva póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **021874892/0**, ni mucho menos puede hablarse del acaecimiento de un siniestro, como quiera que es inexistente la responsabilidad civil que se pretende en esta causa,

por el contrario, los elementos de prueba recaudados hacen palmaria la configuración de un eximente de responsabilidad, fundamentado en que las actuaciones de la convocante se ejecutaron con diligencia y con respeto a los principios que rigen la *lex artis*; así pues, si el convocante no acreditó fehacientemente la materialización del riesgo asegurado en la póliza, imposible contractual y legalmente resultaría que mi representada hiciera efectivo el negocio asegurativo relacionado por el llamante en garantía.

Preciso advertir que es posible hablar de SINIESTRO cuando es evidentemente clara la realización del riesgo ASEGURADO acaecido dentro de la VIGENCIA de la póliza, sin embargo, se reitera, esto no ha ocurrido en esta contienda, puesto que es inexistente la responsabilidad civil que se pretende por parte de la accionante; esta indicación se observa al tenor de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021874892/0:

5. SINIESTRO:

En Modalidad Sunset

- El hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado, ocurrido durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias sean reclamadas al asegurado o a la compañía aseguradora de manera fehaciente y por vía judicial o extrajudicial, durante la vigencia de la póliza o dentro de un plazo máximo de dos (2) años corrientes, contados a partir de la terminación de la vigencia anual de la misma.

Por otro lado, se recuerda que en el momento de resolver de fondo la participación de mi procurada, el Juzgador deberá estudiar las condiciones particulares y generales del negocio asegurativo en análisis, esto es, amparos y coberturas, montos máximos de indemnización, límites temporales, causales de exclusión, existencia de deducible y demás, en tanto que estas circunscriben la participación de la Compañía en esta causa.

Finalmente, es preciso señalar también que, de acuerdo al contenido del hecho tercero del llamamiento, indica el convocante que se encuentra legitimado para "pedir la asistencia" de la aseguradora, sin embargo, el fundamento de la vinculación de mi procurada en esta causa, el cual se concreta en la póliza de seguro tomada por la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, no se circunscribe en este escenario a "prestar asistencia" al tomador, la eventual intervención de la Compañía se centrará, en el remoto caso de que se hallarse probada la responsabilidad civil extracontractual que aquí se estudia, en indemnizar a los terceros afectados que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional, de acuerdo con la ley, a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados; tal y como se determinó en el contenido de la póliza referenciada:

De esa suerte, reitero la solicitud antes indicada al Despacho, relativa a que, en el momento de que vaya a resolver de fondo lo pertinente a la vinculación de mi representada, tenga en cuenta todas y cada una de las estipulaciones que se pactaron en la póliza No. 021874892/0, puesto que, con base a las mismas, se deberá limitar la eventual responsabilidad indemnizatoria a cargo de la Compañía.

Frente al hecho número 4. del llamamiento: no es cierto de la manera como está indicado en este hecho, si bien la cobertura que ofrece la póliza está descrita en la misma, la cual es bajo la modalidad SUNSET, y que la Compañía en virtud del contrato asegurativo, puede concurrir al proceso como llamada en garantía, tal y como fue resuelto en el Auto No. 00942 del 29 de octubre del 2019, mediante el cual se admitió el llamamiento en garantía formulado por la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** a **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, para que esta póliza

pueda hacerse eventualmente efectiva, y mi representada ser llamada a responder por las obligaciones indemnizatorias que pactó, se deben cumplir unos presupuestos que rigen la modalidad de cobertura con base en la cual se suscribió este negocio asegurativo, esto es la modalidad por ocurrencia (SUNSET).

Esto quiere decir que, que para que exista cobertura, los hechos motivo de litigio deben estar comprendidos entre el periodo de vigencia de la póliza y reclamados durante la vigencia de la misma o dentro de los dos (2) años siguientes después de finalizada dicha vigencia. En consecuencia, cualquier reclamo que se formule con posterioridad al fenecimiento de la vigencia del certificado de la póliza o su periodo de extensión, no está cubierto, precisamente por la referida estipulación, que se reitera, es conocida en el universo de los seguros, del derecho comparado, como "Sunset", respecto a la cual es oportuno citar el segundo inciso del Artículo 4 de la ley 389 de 1997, que a su tenor literal reza:

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

La determinación de esta modalidad puede observarse en el apartado del ámbito temporal de la cobertura, contenido en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021874892/0, la cual indica lo siguiente:

Ámbito Temporal

SUNSET

Bajo la presente póliza se ampara la Responsabilidad Civil Extracontractual del asegurado por los daños causados a terceros durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias sean reclamadas al asegurado o al asegurador durante la misma vigencia o dentro de los dos (2) años siguientes a su terminación.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante insistir que, además, la póliza podrá hacerse efectiva, cuando exista una condena judicialmente impuesta que lo haga exigible; explicado en otras palabras, es menester que, para la afectación del negocio asegurativo, previamente el asegurado haya sido judicialmente condenado al pago de indemnizaciones, derivadas de la irrefutable acreditación de alguno de los eventos asegurados en la póliza; si esto no ocurre, no le resulta exigible a mi prolijada ninguna de las obligaciones contenidas en el contrato.

En el caso de marras, no hay ningún elemento de convicción que permita concluir que en los hechos objeto de conocimiento, tuvo responsabilidad la convocante, luego que, contrario a lo que se aseveró en el libelo introductorio, el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA**, acaeció por circunstancias ajenas a la I.P.S. y a la E.P.S.; especialmente se resalta la ausencia de responsabilidad de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, luego que de cara a la Historia Clínica, no se observa que haya sido negligente o no haya actuado con diligencia, en el servicio de salud dispensado al paciente.

Es de recordar en este punto que, en atención a las consignas de la Historia Clínica que milita en el plenario, la atención de salud que proporcionó la I.P.S., se ajustó a los protocolos que rigen la *lex artis*; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que el familiar de los demandantes ingresa a la I.P.S., esta prestó la atención de urgencias necesaria para estabilizar los signos vitales del paciente, y salvaguardar su integridad física, tomando los

exámenes de rigor, y suministrando la medicación a la que había lugar; aunado a ello, como era su obligación, realizó las gestiones oportunas para que su paciente fuera remitido a un centro de mayor nivel de complejidad, puesto como ya se indicó al Despacho, **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, es un nivel básico de consulta y su sala de urgencias es de nivel igualmente básico, y se advirtió que un centro especializado en la patología que presentaba el señor **MIGUEL OLAYA** podría brindar una atención mucho más técnica; no obstante de ello, la I.P.S. acertadamente conservó el paciente en observación y continuó proporcionándole la atención que le era posible otorgar, mientras se ejecutaba la remisión por parte de la E.P.S.

Posteriormente, al observarse que, para el día siguiente 04 de abril del 2016, los signos del señor **MIGUEL OLAYA** se habían normalizado, que había aminorado la sintomatología con la que ingresó, que los exámenes realizados mostraban que se encontraba estable, y que no se hacía necesaria una hospitalización más prologada, su médico tratante Dr. Heriberto Camacho Vega, decidió darlo de alta con tratamiento oral, control por consulta externa para continuar manejo y recomendaciones para seguir en casa. Finalmente, bajo esa evolución de hechos, se decidió suspender el proceso de remisión, como quiera que, se reitera, el paciente se encontraba en condiciones de salud que le permitían su egreso de la Institución.

En ese orden de ideas, la atención que brindó I.P.S., y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las results de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; de tal suerte, si no es clara y diáfana la atribución de responsabilidad civil frente a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, no podría el Juzgador proferir sentencia judicial condenatoria en su contra, y por contera, tampoco podría requerirse a mi procurada la afectación del negocio aseguratorio contenido en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **021874892/0** de vigencia ya citada.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que la póliza está compuesta por un condicionado particular y general que también limita y circunscribe la participación de la Compañía aseguradora; así pues, debe entenderse que la póliza no opera de manera automática, toda vez que, junto a la debida probanza de la materialización del evento asegurado, deben estudiarse las condiciones particulares y generales que rigen dicho negocio aseguratorio, tales como sus coberturas, causales de exclusión, monto y límite temporal máximo de cobertura, valor de deducible y demás, para entonces considerar si está o no justificada la participación de la Compañía en la causa.

Por lo anterior, ruego al Despacho que en el momento de realizar el análisis de fondo sobre el vínculo contractual que llama a mi procurada en esta causa, se observen con detenimiento los argumentos expuestos en este acápite.

II. FRENTE A LA PRETENSIÓN ÚNICA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

La pretensión única del convocante hace referencia a un trámite de regulación legal, frente al cual no se hace necesaria manifestación alguna; como quiera que, como es apenas evidente, la participación de la Compañía aseguradora que represento ya se materializó mediante el Auto No. 00942 del 29 de octubre del 2019, mediante el cual se admitió el llamamiento en garantía

formulado por la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** a **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

De otra parte, sin perjuicio de que la convocante no hizo referencia directa a la afectación de la efectiva póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **021874892/0**, que fundamenta la intervención de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** en este asunto, no está de más reiterar que, en consonancia con lo expuesto a lo largo de la presente contestación, la eventual e hipotética afectación del negocio asegurativo referenciado, sería únicamente el resultado de determinar la responsabilidad civil que se le atribuye a la parte accionada sobre el hecho lesivo.; sin embargo, contrario a ello, en el litigio que nos asiste, se encuentra suficientemente acreditado que no hubo actuación negligente, imperita o inadecuada por parte de la convocante, y en ese tenor, no habría lugar a que mi prohijada hiciera efectiva póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **021874892/0**, con vigencia desde el 31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016.

Además, no puede pasarse por alto que es menester que se cumplan los presupuestos de la modalidad de cobertura, y que no se configure ninguna causal legal o convencional de exclusión o inoperancia del contrato de seguro.

Lo anterior en tanto que las consignas de la Historia Clínica que milita en el plenario, son sumamente diáfanas en establecer que la atención de salud que proporcionó la I.P.S., se ajustó a los protocolos que rigen la *lex artis*; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que el familiar de los demandantes ingresa a la I.P.S., esta prestó la atención de urgencias necesaria para estabilizar los signos vitales del paciente, y salvaguardar su integridad física, tomando los exámenes de rigor, y suministrando la medicación a la que había lugar; aunado a ello, como era su obligación, realizó las gestiones oportunas para que su paciente fuera remitido a un centro de mayor nivel de complejidad, puesto como ya se indicó al Despacho, la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, es un nivel básico de consulta y su sala de urgencias es de nivel igualmente básico, y se advirtió que un centro especializado en la patología que presentaba el señor **MIGUEL OLAYA** podría brindar una atención mucho más técnica; no obstante de ello, la I.P.S. acertadamente conservó el paciente en observación y continuó proporcionándole la atención que le era posible otorgar, mientras se ejecutaba la remisión por parte de la E.P.S.

Posteriormente, al observarse que, para el día siguiente 04 de abril del 2016, los signos del señor **MIGUEL OLAYA** se habían normalizado, que había aminorado la sintomatología con la que ingresó, que los exámenes realizados mostraban que se encontraba estable, y que no se hacía necesaria una hospitalización más prologada, su médico tratante Dr. Heriberto Camacho Vega, decidió darlo de alta con tratamiento oral, control por consulta externa para continuar manejo y recomendaciones para seguir en casa. Finalmente, bajo esa evolución de hechos, se decidió suspender el proceso de remisión, como quiera que, se reitera, el paciente se encontraba en condiciones de salud que le permitían su egreso de la Institución.

En ese orden de ideas, la atención que brindó I.P.S., y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las resultas de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; por ello, no hay elementos de convicción que demuestren responsabilidad alguna en cabeza de la

convocante en garantía, y de tal suerte, tampoco elementos que hagan exigible la intervención de mi prohibida como llamada en garantía.

En todo caso, es esencial que se tenga en cuenta en este punto, que el amparo de responsabilidad civil profesional que se pretende, está evidentemente enmarcado dentro de las condiciones particulares y generales del contrato, ya que son ellas las que delimitan la extensión del riesgo asumido por el asegurador y, por ende, las mismas establecen el ámbito del amparo, la definición contractual de su alcance o extensión, los límites asegurados para el riesgo tomado, etc. Consecuentemente, es cardinal que el Despacho advierta que el amparo mencionado no opera de forma automática, sino que debe hacerse su análisis conforme a las estipulaciones contractuales.

Por ello ruego a su Despacho que al momento de decidir la presente acción tenga en cuenta las condiciones pactadas dentro del condicionado de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021874892/0, de vigencia ya citada, que vincula a mí procurada al presente proceso.

III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA A ALLIANZ SEGUROS S.A.

- **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A. POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021874892/0 CON VIGENCIA DESDE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015, HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DEL 2016.**

Siguiendo la línea de pensamiento de las anteriores aseveraciones, esta excepción se sustenta en que mi representada sólo está obligada a responder, al tenor de las obligaciones expresamente estipuladas en el contrato de seguro, luego no puede entenderse comprometido al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados por el tomador y que se encuentren por fuera del objeto de cobertura. En este punto es preciso señalar que, de conformidad con las condiciones generales de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021874892/0 con vigencia desde el 31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016, el onjeto y alcance del seguro se concretó en la siguiente forma:

Capítulo II

Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

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

Como quiera que la responsabilidad de la Compañía de seguros está delimitada estrictamente por el amparo que otorgó, tal como se acaba de ilustrar, se concluye que como la convocante del llamamiento no acredita que, en efecto, el riesgo asegurado se haya materializado al tenor de lo

dispuesto en su tenor literal, los hechos y pretensión del llamamiento con base en esta póliza, están destinados a no prosperar. Así pues, de conformidad con el contenido del contrato, se tiene que para este caso se otorgó el siguiente amparo:

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

Sin embargo, como ya se advirtió, los elementos de prueba que militan en el plenario, constatan que los hechos y el resultado lesivo que se demandan, no tuvieron su origen en las actuaciones desplegadas por la convocante, puesto que, en contraste, la Historia Clínica allegada al Despacho, acreditó que la I.P.S. actuó en atención a las condición y evolución específica del paciente, ajustándose a los protocolos que rigen sus funciones; circunstancias que implican que la responsabilidad civil que se pretende en cabeza del convocante es inexistente, ergo, el evento asegurado no se ha materializado.

Lo anterior, en tanto que, tomando como base las consignas de la Historia Clínica que milita en el plenario, la atención de salud que proporcionó la I.P.S., se ajustó a los protocolos que rigen la *lex artis*; quedó demostrado con dicho documento que desde el instante en el que el familiar de los demandantes ingresa a la I.P.S., esta prestó la atención de urgencias necesaria para estabilizar los signos vitales del paciente, y salvaguardar su integridad física, tomando los exámenes de rigor, y suministrando la medicación a la que había lugar; aunado a ello, como era su obligación, realizó las gestiones oportunas para que su paciente fuera remitido a un centro de mayor nivel de complejidad, puesto como ya se indicó al Despacho, **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, es un nivel básico de consulta y su sala de urgencias es de nivel igualmente básico, y se advirtió que un centro especializado en la patología que presentaba el señor **MIGUEL OLAYA** podría brindar una atención mucho más técnica; no obstante de ello, la I.P.S. acertadamente conservó el paciente en observación y continuó proporcionándole la atención que le era posible otorgar, mientras se ejecutaba la remisión por parte de la E.P.S.

Posteriormente, al observarse que, para el día siguiente 04 de abril del 2016, los signos del señor **MIGUEL OLAYA** se habían normalizado, que había aminorado la sintomatología con la que ingresó, que los exámenes realizados mostraban que se encontraba estable, y que no se hacía necesaria una hospitalización más prologada, su médico tratante Dr. Heriberto Camacho Vega, decidió darlo de alta con tratamiento oral, control por consulta externa para continuar manejo y recomendaciones para seguir en casa. Finalmente, bajo esa evolución de hechos, se decidió suspender el proceso de remisión, como quiera que, se reitera, el paciente se encontraba en condiciones de salud que le permitían su egreso de la Institución.

Aunado a lo anterior, no puede pasar por alto el Despacho que, desde su ingreso, el paciente no refirió antecedentes patológicos que se pudieran relacionar con la sintomatología que presentaba,

y tampoco hizo alusión a antecedentes quirúrgicos; además, en la Historia Clínica no se observan antecedentes relevantes como por ejemplo, eventos de arritmias, eventos coronarios agudos, eventos de enfermedad arterial, accidentes cerebrovasculares o cualquier otro que pudiese haber orientado de manera diferente el diagnóstico y tratamiento efectuado por los profesionales de la salud.

ANAMNESIS		FECHA DE LA NOTA 03/04/2016 08:42:35 p.m.
MOTIVO DE CONSULTA	ENFERMEDAD ACTUAL	
ME DUELE EL PECHO Y TENGO MAREO	PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN TORAX DE INTENSIDAD DE 7/10 EN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR, ADEMAS PRESENTA VERTIGO	
ANT PATOLOGICO NIEGA, ANT QX NIEGA, ANT ALERGICO NIEGA		

En ese orden de ideas, la atención que brindó I.P.S., y las decisiones que se emitieron por el personal de salud de la Institución, se adecuaron a la evolución del paciente y a los hallazgos que emitieron las valoraciones; la misma Historia Clínica es fiel reflejo de que la I.P.S. en ningún momento desatendió a su paciente, ni fue negligente en su servicio, además, evidencia que las resultas de los procedimientos de la I.P.S. concluían que el señor **MIGUEL OLAYA** no estuvo, durante el lapso que permaneció en la Institución, ante el riesgo inminente de morir; por ello, el actor realiza esta aseveración sin ninguna justificación ni respaldo probatorio que permita dar certeza a su dicho.

Por otro lado, en lo que respecta a la responsabilidad que pretende hacer ver el accionante frente al trámite de la remisión, a pesar de que no es una actuación que se encuentre amparada en la póliza, como quiera que se trata de trámites administrativos que no son del resorte de los amparos otorgados, es importante indicar que, conforme a las pruebas que relaciona la E.P.S. demandada en su escrito contestatorio, la remisión del señor **MIGUEL OLAYA** a un centro de mayor complejidad, ciertamente fue gestionada básicamente desde el momento en el que ingresa a la I.P.S. y esta informa lo respectivo; como se aprecia a continuación, la remisión fue generada a las 09:15:10 pm del 03 de abril del 2016:

FECHA REMISION domingo, 03 de abril de 2016 09:15:10 pm		DATOS DE LA REMISION
Institución :	NIVEL III	Especialidad : MEDICINA INTERNA
Servicio :	URG OBSERVACION	Tipo de Remisión : 3 URGENCIAS
CUERPO DE LA REMISION		
PACIENTE MASCULINO DE 78 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN TORAX, ASOCIADO A VERTIGO. SE REALIZA ELECTROCARDIOGRAMA QUE REPORTE R -R IRREGULAR, AUSENCIA DE ONDA P		
ANT PATOLOGICO NIEGA, ANT QX NIEGA, ANT ALERGICO NIEGA		
EXAMEN FISICO		
TA 130/70 FR 16 FC 70 S02 98		
CCC NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL HUEMDA CUELLO MOVIL		
TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, RUIDO CARDICO SIN SOPLO, PULMONES MURMULLO VESICULAR		
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA DIGITO PRESION		
EXTREMIDADES SIN EDEMAS		
DX FIBRILACION AURICULAR		
TTO AMIODARONA 300 MG EN LEV PASAR EN 30 MINUTOS		
PLAN SE REMITE POR URGENCIA PRIORITARIAMENTE PARA VALORACION POR MEDICINA INTERNA		

Contrario a lo que pretende hacer ver el accionante, las solicitudes y requerimientos en efecto se realizaron tanto por parte de la I.P.S. como de la E.P.S. ASMET SALUD; sin embargo, la remisión no se pudo ejecutar luego que, como se puede constatar en la Historia Clínica y en el escrito de

la contestación presentada por ASMET SALUD E.P.S., los centros médicos de mayor nivel de complejidad requeridos, no contaban con disponibilidad de cupo, por lo que no podían aceptar la remisión; de tal suerte, es importante indicar desde ya que, el ingreso del señor **MIGUEL OLAYA** a otro Centro de salud no se materializó, no por negligencia o abandono de ninguna de las demandadas, pues hicieron todo lo que estaba a su alcance en relación con los requerimientos, sino porque, desafortunadamente, las I.P.S. que contaban con el servicio requerido, como se distingue en el cuadro anexo en la contestación de ASMET SALUD, no tenían disponibilidad.

Por todo lo anterior, estima la suscrita que, no se realizó el riesgo efectivamente asegurado en la póliza, en vista de que las actuaciones desplegadas por la convocante en garantía, se ajustaron a los protocolos que rigen las obligaciones que debe asumir frente al servicio de salud; adicional a ello, no está de más resaltar que en la pretendida atribución de responsabilidad a la I.P.S. a la que hace referencia el extremo activo en el libelo genitor, no se concreta porqué es que considera que la actuación de la I.P.S. fue "inadecuada, deficiente e indebida", sólo le bastó el accionante sin detalle, argumento, ni prueba idónea y pertinente, señalar que el lamentable deceso del señor **MIGUEL OLAYA** le resulta atribuible, dejando así de lado las obligaciones que su rol como sujeto activo de este litigio le impone.

De tal categoría, en efecto, no hay medios de prueba que acrediten que el evento acaeció en el tenor de lo manifestado en el escrito introductorio, pues, las pruebas allegadas permiten enervar cualquier responsabilidad que a cargo de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, desatinadamente pretende el accionante; por contera, es inexistente cualquier responsabilidad indemnizatoria que se requiera en relación con la llamada en garantía, **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

En razón de los argumentos expuestos, que hacen axiomática la ausencia de responsabilidad que se requiere en la demanda, trasciende a todas luces evidente, que la responsabilidad indemnizatoria que se plantea en contra de mi procurada con la solicitud de su vinculación a esta causa, es, en ese mismo sentido, inexistente; por ello, solicito respetuosamente al Despacho se sirva declarar como probada la excepción de "inexistencia de obligación indemnizatoria a cargo de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** por la no realización del riesgo asegurado en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 021874892/0 con vigencia desde el 31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016", formulada en favor de los derechos e intereses de mi prohijada.

- **LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021874892/0 CON VIGENCIA DESDE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015, HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DEL 2016, OPERA BAJO MODALIDAD SUNSET.**

Se presenta esta excepción con la finalidad de explicar que, si bien **ALLIANZ SEGUROS S.A.** suscribió con la convocante **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** el negocio asegurativo contenido en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. **021874892/0, con vigencia desde el 31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016**, negocio en el cual se respalda la actividad profesional del personal médico bajo relación laboral con el tomador y asegurado, es indispensable aclarar que, para que esta póliza pueda hacerse eventualmente efectiva, se deben cumplir unos presupuestos que rigen la modalidad de cobertura con base en la cual se suscribió este negocio asegurativo, esto es la modalidad por ocurrencia (SUNSET).

Esto quiere decir que, que para que exista cobertura, los hechos motivo de litigio deben estar comprendidos entre el periodo de vigencia de la póliza y reclamados durante la vigencia de la misma o dentro de los dos (2) años siguientes después de finalizada dicha vigencia. En

consecuencia, cualquier reclamo que se formule con posterioridad al fenecimiento de la vigencia del certificado de la póliza o su periodo de extensión, no está cubierto, precisamente por la referida estipulación, que se reitera, es conocida en el universo de los seguros, del derecho comparado, como "Sunset", respecto a la cual es oportuno citar el segundo inciso del Artículo 4 de la ley 389 de 1997, que a su tenor literal reza:

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

La determinación de esta modalidad puede observarse en el apartado del ámbito temporal de la cobertura, contenido en la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021874892/0, la cual indica lo siguiente:

Ámbito Temporal

SUNSET

Bajo la presente póliza se ampara la Responsabilidad Civil Extracontractual del asegurado por los daños causados a terceros durante la vigencia de la póliza y cuyas consecuencias sean reclamadas al asegurado o al asegurador durante la misma vigencia o dentro de los dos (2) años siguientes a su terminación.

Así las cosas, será menester que el Despacho tenga en consideración, que las obligaciones de la Aseguradora están estrictamente sujetas a las condiciones de la póliza, con sujeción a los límites temporales 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.

- **LA PÓLIZA NO CUBRE LA OMISIÓN EN ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS EN LAS QUE EVENTUALMENTE PUEDA SER DECLARADO RESPONSABLE EL ASEGURADO.**

Sin perjuicio de las manifestaciones anteriores, las cuales dan cuenta de que no existe la responsabilidad civil que se pretende en cabeza de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, en gracia de discusión y sin que implique el reconocimiento de responsabilidad frente a la Institución médica, se manifiesta esta excepción en el sentido de aclarar que la póliza de responsabilidad profesional clínicas y hospitales No. 021874892/0 con vigencia desde el 31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016, no ofrece cobertura frente a las actuaciones administrativas que eventualmente se llegasen a demostrar en contra del asegurado.

Como quiera que en el fondo del asunto que nos asiste se hace referencia al desarrollo de actuaciones administrativas, esto es, a la gestión de una remisión clínica, en el eventual y remoto caso de que el Juzgador considere que en efecto hubo una falencia u omisión en la ejecución de dicho trámite, y que considere que el asegurado en la póliza tuvo injerencia en la misma, y que como resultado, estime pertinente fallar en contra del asegurado, se debe advertir que la eventual obligación indemnizatoria que tenga que asumir el asegurado como consecuencia de una declaración en ese tenor, no puede hacer afectiva la póliza vinculada en esta causa, toda vez que, se insiste, no ofrece cobertura para actuaciones administrativas, pues se circunscribe a actuaciones médicas, tal y como lo señala el interés asegurado en el contrato asegurativo:

Interés Asegurado

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

En ese tenor, entendiendo que la actuación de mi representada se limita a los amparos que efectivamente se determinaron en el negocio asegurativo, contractualmente inviable resultaría que, con base a la misma, se exija a mi representada el pago de obligaciones indemnizatorias frente a las cuales no ha ofrecido cobertura alguna.

Por lo anterior, solicito respetuosamente al Despacho tenga como probada la presente excepción, propuesta en favor de los derechos e intereses de mi prohilada.

- **LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021874892/0, CON VIGENCIA DESDE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015, HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DEL 2016, QUE ENMARCA LAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES.**

En gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que, en el remoto evento y muy improbable escenario de que a mi procurada se le hiciera exigible la afectación del negocio contractual suscrito, en la póliza No. 021874892/0, tomada por la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA** mediante la cual se aseguró la responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, para la vigencia comprendida entre el 31 de diciembre del 2015 y el 30 de diciembre del 2016, 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.

Téngase en cuenta que expresamente en la póliza se estipuló el límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato, y en este punto impera el precepto del Art. 1079 del Código de Comercio, conforme al cual el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibidem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, en las condiciones generales de la citada póliza se convino que los límites máximos son los que se encuentran en el contenido mismo del contrato, y que este en ningún momento puede ser superior a lo que se determinó; este condicionado indica lo siguiente:

6. LIMITE ASEGURADO.

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

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

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

Ahora bien, los límites establecidos en la póliza, para los diversos amparos, fueron establecidos así:

Coberturas contratadas

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

En la causa que nos asiste, de acuerdo con el hecho reprochado y las pretensiones de la demanda, esto es, la presunta causación de la muerte del señor **MIGUEL OLAYA** como consecuencia de una indebida atención médica, el monto máximo que hipotéticamente correspondería a mi procurada indemnizar, es de \$ 1.000.000.000, como se observa en el extracto de arriba.

Partiendo de ese supuesto, a mi representada como tercero civilmente responsable, eventualmente le correspondería indemnizar dicho monto máximo; siempre y cuando claro, se encuentre diáfamanamente demostrada la responsabilidad civil del asegurado. Con todo, considero que es imprescindible reiterar que las obligaciones de la aseguradora están estrictamente sujetas a estas condiciones, claramente definidas en la póliza, a los límites asegurados y, se reitera una vez más, a la fehaciente demostración, por parte del asegurado en este caso, del real y efectivo acaecimiento del evento asegurado.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción denominada “límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 021874892/0, con vigencia desde el 31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016, que enmarca las obligaciones de las partes”; planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

- **EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021874892/0, CON VIGENCIA DESDE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015, HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DEL 2016, SE PACTÓ UN DEDUCIBLE DEL 10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$ 2.000.000.**

En la póliza en estudio, se estipuló adicionalmente la existencia de un deducible, el cual legalmente está permitido, luego que se encuentra consagrado en el artículo 1103 del Código de Comercio; este reza que:

"(...) Las cláusulas según las cuales el asegurado deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño, implican, salvo estipulación en contrario, la prohibición para el asegurado de protegerse respecto de tales cuotas, mediante la contratación de un seguro adicional. La infracción de esta norma producirá la terminación del contrato original (...)"

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro; así entonces, de acuerdo con el contenido de la póliza, el deducible pactado fue del **10 % DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO \$ 2.000.000**; así se determinó en el negocio aseguratorio estudiado:

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

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

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL \$2.000.000.

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que al asegurado **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado; advirtiendo claro que, en ese remoto y eventual escenario, a la aseguradora le concerniría, el saldo sobrante; se aclara además que en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado, sea mayor.

Es decir que, si en la causa civil bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, ésta última, tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible y, a la aseguradora le atañería cubrir el valor del saldo.

Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el remoto evento de que dicha empresa sea hallada civilmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas al proceso; lo cual, analizado el expediente, considera la suscrita, es altamente improbable, como quiera que en el asunto de marras, contrario a estar demostrada alguna actuación contraria a derecho por parte de los sujetos pasivos de esta acción, sí se avizoran elementos que permiten concluir que estos actuaron de manera diligente, expedita y ajustándose a los principios que rigen la *lex artis*.

Por lo expuesto, solicito respetuosamente al Juez, declarar probada la excepción denominada "en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 021874892/0, con vigencia desde el 31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016, se pactó un deducible del 10 % del valor de la pérdida mínimo \$ 2.000.000"; que se invoca en contra del llamamiento y a favor de mi representada.

- **CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 021874892/0, CON VIGENCIA DESDE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2015, HASTA EL 30 DE DICIEMBRE DEL 2016.**

Sin perjuicio de las manifestaciones anteriores, las cuales dan cuenta de la imposibilidad de afectar la póliza de seguros No. 021874892/0 en esta causa, es preciso que en todo caso se advierta, sin que esto implique ningún reconocimiento de responsabilidad por parte de mi representada, que en las condiciones de dicho contrato, se establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo la Compañía aseguradora, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella. En efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo.

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

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

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

En consecuencia, de hallarse configurada, según la prueba recaudada, además de las alegadas alguna otra causal de exclusión consignadas en las condiciones generales de la póliza, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada, y en ese sentido, ruego al Despacho que, una vez advertida la causal, se le de aplicación, con miras a proteger los derechos e intereses que le atañen a mi procurada.

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

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

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente insistir en que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, siendo este el tope máximo, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de daños y responsabilidad civil contiene el Código de Comercio, que en su artículo 1079 establece que *"(...) El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (...)"*.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, y siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada póliza, es decir a sus diversas

condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc. Al respecto siempre se deberán atender los riesgos asumidos por la convocada, los valores asegurados para cada uno de los amparos, etc.

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

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

En ese orden de ideas, solicito respetuosamente al señor Juez, declarar probada esta excepción.

- **INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y LOS DEMAS DEMANDADOS.**

Esta excepción se propone con fundamento en que la solidaridad surge exclusivamente cuando la Ley o la convención la establecen. En el caso que nos ocupa, la fuente de las obligaciones de mi procurada está contenida en el contrato de seguro y en él no está convenida la solidaridad entre las partes del contrato.

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de la póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 021874892/0, con vigencia desde el 31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

- **GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS**

Solicito respetuosamente al H. Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en curso del proceso, y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de mi procurada y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria.

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

3-. SOLICITUD Y APORTE DE PRUEBAS POR PARTE DE LA ALLIANZ SEGUROS S.A.

A. DOCUMENTALES:

Solicito respetuosamente se decreten y se tengan como tales, las que enuncio enseguida:

1. Poder otorgado por la representante legal de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** que me acredita como apoderado sustituto de la Compañía; obrante ya en el expediente, por haber sido aportado al momento de la notificación personal del auto admisorio del llamamiento en garantía.
2. Copia de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 021874892/0, con vigencia desde el 31 de diciembre del 2015, hasta el 30 de diciembre del 2016 (carátula y condiciones generales).

B. INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su Despacho a cada una de las personas que figuran como demandantes en este litigio, para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito, le formularé sobre los hechos de la demanda; esto es, que comparezcan:

- Olga Enis Balanta, en calidad de cónyuge de la víctima.
- Maritza Olaya Balanta, en calidad de hija de la víctima.
- Carmenza Olaya Balanta, en calidad de hija de la víctima.
- Arley Olaya Balanta, en calidad de hijo de la víctima.
- Yuli Vanessa Olaya Rodríguez, en calidad de nieta de la víctima.
- Andrés Felipe Olaya Carabalí, en calidad de nieto de la víctima.
- Yessica Fernanda Mina Olaya, en calidad de nieta de la víctima.

C. INTERVENCIÓN EN EL INTERROGATORIO DE PARTE A LAS DEMANDADAS

Respetuosamente manifiesto al Despacho que me reservo el derecho de intervenir en los interrogatorios de parte que realice el Juzgador en audiencia pública a los representantes legales de las demandadas E.P.S. ASMET SALUD y a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**.

D. TESTIMONIALES

Respetuosamente, solicito a este Despacho decretar el testimonio de las personas que enseguida enuncio:

- A la Doctora **KELLY ALEJANDRA PAZ CHAMORRO**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad Cali, asesora externa de la Compañía de seguros que represento, **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, quien podrá citarse en la Av. 5BN No. 21-61 Apartamento 204, Barrio Versalles de la ciudad de Cali (Valle del Cauca), para que declare lo que le conste frente a la convocatoria de la aseguradora que represento a esta causa, y sobre cualquier otro hecho relativo a la vinculación de mi prohijada con el proceso y que sea de su conocimiento, específicamente sobre la modalidad de cobertura de la póliza, el alcance de sus amparos, etc.

Adicionalmente, manifiesto al Despacho respetuosamente que coadyuvo la petición probatoria, del apoderado de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA**, referente a los testimonios de los profesionales de la salud Dr. Víctor Manuel Bonilla, Dr. Jorge Eliecer Díaz, Dr. Heriberto Camacho, Dr. Marvin James Rebolledo, personas que intervendrían en calidad de testigos presenciales, y que rendirían declaración sobre los hechos acaecidos en día 03 y 04 de abril del 2016, para efectos de que manifiesten al Despacho lo que les conste en relación con los mismos.

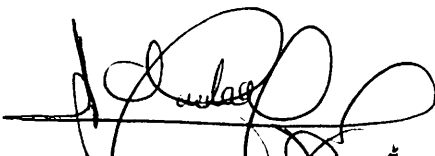
4.- NOTIFICACIONES

La parte actora y el llamante en garantía recibirán notificaciones en el lugar indicado en el escrito de la demanda y de la contestación de la demanda respectivamente.

A mi procurada **ALLIANZ SEGUROS S.A.** recibirá notificaciones en la dirección para notificaciones judiciales: carrera 13a # 29-24 en la ciudad de Bogotá.

El suscrito en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Oficina 212 del Centro Empresarial Chipichape, ubicado en la ciudad de Cali, o en la Secretaría del Despacho; Direcciones electrónicas: notificaciones@gha.com.co o gherrera@gha.com.co o dmunoz@gha.com.co

Cordialmente,



DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES
C.C No. 1.061.751.492 de Popayán (Cauca)
T.P. No. 263.335 del C.S. de la J.

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
4350951671

SOLI PUBLICO

PÓLIZA No: 435-40-994000002305

ANEXO:0

AGENCIA EXP. POPAYAN DELEGADA	COD AGE 435	RAMO 40	PAP 560 - AGENCIA DELEGADA POPAYAN
DIA MES AÑO 30 06 2017	DIA MES AÑO HORAS 12 07 2017 23:59	DIA MES AÑO HORAS 12 07 2018 23:59	DIA MES AÑO 26 12 2019
FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN ANUAL		DÍAS	

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION	VIGENCIA DEL ANEXO	DIA MES AÑO HORAS 12 07 2017 23:59	DIA MES AÑO HORAS 12 07 2018 23:59	365
	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS	DÍAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE MORALES	IDENTIFICACIÓN: NIT 817.000.471-1	
DIRECCIÓN MORALES CAUCA	CIUDAD MORALES, CAUCA	TELÉFONO 3188285338

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO JORGE ELIECER VELASCO VELASCO	IDENTIFICACIÓN: CC 76.291.122	
DIRECCIÓN CRA 17 NO. 7A-35	CIUDAD POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO NO REPORTA
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 50 PLACA: UQG709	MARCA Y TIPO: MITSUBISHI L300 2.0L MT 2000CC [12P CLASE: BUS-BUSETA		
CODIGO: 06203014	CARROCERIA: CERRADO	COLOR: BLANCO	MODELO: 1995
SERVICIO: PUBLICO	MOTOR: TD27009367	CHASIS: P13WHLCLLSB0130	
DISPOSITIVO DE SEGURIDAD: NO			

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% VR. PERDIDA	DEDUCIBLE	MINIMO (SMMLV)
RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	132,789,060.00		10.00	1.00
DAÑOS BIENES DE TERCEROS	60.00 SMMLV		10.00	1.00
MUERTE O LESION UNA PERSONA	60.00 SMMLV			
MUERTE O LESION DOS O MAS PERSONAS	120.00 SMMLV			
PROTECCION PATRIMONIAL	SI			
ASISTENCIA JURIDICA INTEGRAL	SI			
ASISTENCIA SOLIDARIA	SI			

VALOR ASEGURADO TOTAL	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	R.U.N.T.	IVA	TOTAL A PAGAR
\$ ***146,989,060.00	\$ *****540,000.00		\$ *****2,070.00	\$ ***102,600.00	\$ *****644,670.00

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	4076	100.00			

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000435095167	FIRMA TOMADOR
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá	CLIENTE	

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
4350951671

PÓLIZA No: 435 -40 - 994000002305 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGE: 435 RAMO: 40 PAP: 560 - AGENCIA DELEGADA POPAYAN

DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS				
30	06	2017		12	07	2017	23:59	12	07	2018	23:59	365		26	12	2019							
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS				DIAS			

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **EXPEDICION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA						
12	07	2017	23:59	12	07	2018	23:59	365						
VIGENCIA DEL ANEXO			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			A LAS		

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE MORALES** IDENTIFICACIÓN NIT: **817.000.471-1**

DIRECCIÓN: **MORALES CAUCA** CIUDAD: **MORALES, CAUCA** TELÉFONO: **3188285338**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PROPIETARIOS DE LOS VEHICULOS** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **VER CERTIFICADOS** IDENTIFICACIÓN:

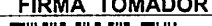
DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

Ver relación ...

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	R.U.N.T.:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ *8,631,288,900.00	\$ *****21,491,350	\$ ****10,000.00	\$ *****132,480	\$ ****4,085,257	\$ *****25,719,086

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	4076	100.00			

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000435095167	FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CADB2578060AFD7858

CLIENTE

 DCERTUCHE 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6801. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE AUTOMOVILES

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
4350951820

SOLI PUBLICO
PÓLIZA No: 435 -40 - 994000002306 ANEXO:0

AGENCIA EXP.: POPAYAN DELEGADA				COD. AGE.: 435				RAMO: 40				PAP: 560 - AGENCIA DELEGADA POPAYAN			
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
01	07	2017	23:59	12	07	2017	23:59	12	07	2018	23:59	12	07	2018	23:59
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												FECHA DE IMPRESIÓN			

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA				MES				AÑO				HORAS			
								12				07				2017				23:59			

DATOS DEL TOMADOR																			
NOMBRE: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE MORALES												IDENTIFICACIÓN: NIT				817.000.471-1			
DIRECCIÓN: MORALES CAUCA												CIUDAD: MORALES, CAUCA				TELÉFONO: 3188285338			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO																			
ASEGURADO: JORGE ELIECER VELASCO VELASCO												IDENTIFICACIÓN: CC				76.291.122			
DIRECCIÓN: CRA 17 NO. 7A-35												CIUDAD: POPAYAN, CAUCA				TELÉFONO: NO REPORTA			
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS												IDENTIFICACIÓN: NIT				001-8			

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS															
ITEM: 50				PLACA: UQG709				MARCA Y TIPO: MITSUBISHI L300 2.0L MT 2000CC [12P				CLASE: BUS-BUSETA			
CODIGO: 06203014				CARROCERIA: CERRADO				COLOR: BLANCO				MODELO: 1995			
SERVICIO: PUBLICO				MOTOR: TD27009367				CHASIS: P13WHLCLLSB0130							
DISPOSITIVO DE SEGURIDAD: NO															

AMPAROS				SUMA ASEGURADA				% VR. DEDUCIBLE				MINIMO (SMMLV)			
RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL				SI											
INCAPACIDAD PERMANENTE				44,263,020.00											
GASTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS				44,263,020.00											
INCAPACIDAD TEMPORAL				44,263,020.00											
MUERTE ACCIDENTAL				44,263,020.00											
ASIST. JURIDICA				SI											
PROTECCION PATRIMONIAL				SI											
ASISTENCIA SOLIDARIA				SI											

VALOR ASEGURADO TOTAL		VALOR PRIMA		GASTOS EXPEDICION		R.U.N.T.		IVA		TOTAL A PAGAR	
\$ ****58,463,020.00		\$ *****430,000.00				\$ *****2,070.00		\$ ****81,700.00		\$ *****513,770.00	
INTERMEDIARIO											
NOMBRE		CLAVE		%PART		NOMBRE COMPAÑIA		%PART		VALOR ASEGURADO	
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA		4076		100.00							

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCAIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.											
FIRMA ASEGURADOR				(415)7701861000019(8020)00000000007000435095182				FIRMA TOMADOR			

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá											
CLIENTE											

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia c... a la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento.

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE AUTOMÓVILES

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
4350951820

PÓLIZA No: 435 -40 - 994000002306 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA				COD. AGE: 435				RAMO: 40				PAP: 560 - AGENCIA DELEGADA POPAYAN															
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO													
01	07	2017	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	12	07	2017	23:59	12	07	2018	23:59	365	26	12	2019												
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS				DÍAS				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL																TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION											

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DÍAS							
								12	07	2017	23:59	12	07	2018	23:59	365							
								VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA				A LAS			

DATOS DEL TOMADOR															
NOMBRE: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE MORALES IDENTIFICACIÓN: NIT 817.000.471-1															
DIRECCIÓN: MORALES CAUCA CIUDAD: MORALES, CAUCA TELÉFONO: 3188285338															

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO															
ASEGURADO: PROPIETARIOS DE LOS VEHICULOS IDENTIFICACIÓN:															
DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:															
BENEFICIARIO: VER CERTIFICADOS IDENTIFICACIÓN:															

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS															
Ver relación ...															

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	R.U.N.T.:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$ 11,508,385,200.00	\$ *****15,753,915	\$ ****10,000.00	\$ *****134,550	\$ ****2,995,144	\$ *****18,893,609

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	4076	100.00			

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR		(415)7701861000019(8020)00000000007000435095182		FIRMA TOMADOR	
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá		CLIENTE		DCERTUCHE 0	
CADB2578060AFD765D					

423

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
Y CONTRACTUAL PARA TRANSPORTADORES DE SERVICIO PÚBLICO DE PASAJEROS**

CONDICIONES GENERALES

EL PRESENTE CONDICIONADO REGLAMENTA EL CONTRATO DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES Y ESTABLECE EL MARCO EN QUE SE DESARROLLARÁ EL MISMO ENTRE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EN ADELANTE LA ASEGURADORA Y EL TOMADOR DE LA PÓLIZA.

CUALQUIER ASUNTO QUE NO SE ENCUENTRE ESTABLECIDO EN ESTE CONDICIONADO SE REGIRÁ POR EL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, EL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO, LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Y DEMÁS NORMAS REGULATORIAS Y CONCORDANTES.

CLÁUSULA PRIMERA. AMPAROS.

LA ASEGURADORA CUBRIRÁ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DEL SEGURO, LOS PERJUICIOS, DAÑOS O PÉRDIDAS QUE SUFRA EL ASEGURADO, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES ESTIPULADAS A CONTINUACIÓN Y A LAS PARTICULARES INDICADAS EN LA CARÁTULA O ANEXOS.

SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SE OTORGARÁN LOS SIGUIENTES AMPAROS, LOS CUALES SON DEFINIDOS EN LA CONDICIÓN TERCERA:

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

- RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
- AMPARO DE PROTECCIÓN PATRIMONIAL
- ASISTENCIA JURÍDICA

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

- MUERTE ACCIDENTAL
- INCAPACIDAD PERMANENTE
- INCAPACIDAD TEMPORAL
- GASTOS MÉDICOS
- AMPARO DE PROTECCIÓN PATRIMONIAL
- ASISTENCIA JURÍDICA

CLÁUSULA SEGUNDA. EXCLUSIONES.

2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE ESTA PÓLIZA, SI SE PRESENTA UNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1.1. CUANDO EXISTA DOLO, CULPA GRAVE EN LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO POR PARTE DEL CONDUCTOR AUTORIZADO, TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

2.1.2. PERJUICIOS MORALES Y/O EL LUCRO CESANTE DEL ASEGURADO.

2.1.3 CUANDO EXISTA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN LA PRESENTACIÓN DEL RECLAMO, O CUANDO PARA OBTENER EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN PRESENTE DOCUMENTOS FALSOS Y/O ADULTERADOS.

2.1.4 DAÑOS O LESIONES OCASIONADOS A TERCEROS CUANDO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE ÉSTE SE ENCUENTRE CON SOBRE CUPO DE PASAJEROS DE ACUERDO CON LA TARJETA DE PROPIEDAD, SIEMPRE Y CUANDO ESTE HAYA SIDO LA CAUSA DEL ACCIDENTE, SE LE HAYA DADO UN USO DISTINTO AL ESTIPULADO EN ESTA PÓLIZA, HAYA SIDO UTILIZADO PARA LA ENSEÑANZA DE CONDUCCIÓN NO AUTORIZADA POR LOS ORGANISMOS DE TRÁNSITO Y EL MINISTERIO NACIONAL DE TRANSPORTE, HAYA PARTICIPADO EN COMPETENCIAS O ENTRENAMIENTOS AUTOMOVILÍSTICOS DE CUALQUIER ÍNDOLE O SE ENCUENTRE REMOLCANDO OTRO VEHÍCULO.

2.1.5 CUANDO EL CONDUCTOR DESATIENDA LAS SEÑALES REGLAMENTARIAS DE TRÁNSITO, NO ACATE LA SEÑAL ROJA DE LOS SEMÁFOROS, CONDUZCA A UNA VELOCIDAD QUE EXCEDA LA PERMITIDA, NO PORTE LICENCIA DE CONDUCCIÓN VIGENTE PARA CONDUCIR VEHÍCULOS DE LA CLASE Y CONDICIONES ESTIPULADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, O CUANDO SE ENCUENTRE BAJO EL INFLUJO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.

2.1.6 CUANDO EL VEHÍCULO SEA CONDUCIDO POR PERSONA QUE NUNCA LE FUE EXPEDIDA LICENCIA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O QUE PORTE LICENCIA PERO LA MISMA NO APARECE REGISTRADA COMO EXPEDIDA O AVALADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O QUE SE ENCUENTRE SUSPENDIDA POR ACTO DE AUTORIDAD.

2.1.7 CUANDO EL VEHÍCULO HAYA SIDO INGRESADO ILEGALMENTE AL PAÍS, SU MATRÍCULA O TRADICIÓN NO HAYA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS LEGALES O LOS HAYA CUMPLIDO DEFECTUOSAMENTE, O FIGURE CON DOBLE MATRÍCULA, O SE HAYA OBTENIDO LA MISMA A TRAVÉS DE MEDIOS FRAUDULENTOS; SU POSESIÓN O TENENCIA RESULTEN ILEGALES, O HAYA SIDO OBJETO MATERIAL DE UN ILÍCITO CONTRA EL PATRIMONIO DE LAS PERSONAS, SEAN ESTAS CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS O NO PREVIAMENTE POR EL ASEGURADO, BENEFICIARIO O ACREEDOR PRENDARIO.

2.1.8 INDEMNIZACIONES DERIVADAS DE AQUELLAS RECLAMACIONES EN LAS CUALES SE DEMUESTRE UNA FALSA DECLARACIÓN, OMISIÓN O EL OCULTAMIENTO DE DATOS RELATIVOS A LOS DAÑOS RECLAMADOS O CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DEL HECHO QUE DA LUGAR A LA RECLAMACIÓN.

2.2. EXCLUSIONES AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

LA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO EL PRESENTE CONTRATO, CUANDO SE PRESENTE UNA O VARIAS DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

2.2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL POR MUERTE, LESIONES CORPORALES O DAÑOS A COSAS, CUANDO EL VEHÍCULO SE ENCUENTRE BAJO LA CONDUCCIÓN DE PERSONAS NO AUTORIZADAS POR EL ASEGURADO.

2.2.2 MUERTE O LESIONES CORPORALES CAUSADAS A PERSONAS QUE EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE SE ENCONTRAREN REPARANDO O ATENDIENDO EL MANTENIMIENTO O SERVICIO DEL VEHÍCULO ASEGURADO, ASÍ COMO A QUIENES ACTÚEN COMO AYUDANTES DEL CONDUCTOR EN LAS OPERACIONES DEL VEHÍCULO ASEGURADO.

2.2.3. MUERTE O LESIONES CORPORALES CAUSADAS EN EL ACCIDENTE AL TOMADOR DEL SEGURO, AL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO ASEGURADO, AL CONDUCTOR AUTORIZADO DEL VEHÍCULO ASEGURADO, AL CÓNYUGE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O A LOS PARIENTES POR CONSANGUINEIDAD O AFINIDAD HASTA EL SEGUNDO GRADO O PARENTESCO CIVIL DEL TOMADOR, ASEGURADO O CONDUCTOR.

2.2.4 DAÑOS CAUSADOS A COSAS TRANSPORTADAS EN EL VEHÍCULO ASEGURADO, O DAÑOS CAUSADOS CON EL VEHÍCULO A BIENES, COSAS O VEHÍCULOS SOBRE LOS CUALES EL ASEGURADO Y/O TOMADOR, EL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO, LOS SOCIOS DEL ASEGURADO Y/O TOMADOR, O LOS TRABAJADORES A SU SERVICIO O SU CÓNYUGE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O SUS PARIENTES HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINEIDAD O AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL TENGAN LA PROPIEDAD, POSESIÓN, TENENCIA O CONTROL.

2.2.5 DAÑOS A PUENTES, CARRETERAS, CAMINOS, VIADUCTOS O BALANZAS DE PESAR VEHÍCULOS, CAUSADOS POR VIBRACIONES, PESO, ALTURA O ANCHURA DEL VEHÍCULO.

2.2.6 MUERTE LESIONES O DAÑOS CAUSADOS POR LA CARGA TRANSPORTADA CUANDO EL VEHÍCULO ASEGURADO NO SE ENCENTRE EN MOVIMIENTO COMO TAMPOCO DAÑOS O PÉRDIDA DE LA CARGA O EL EQUIPAJE.

2.2.7 HACER PAGOS, CELEBRAR ARREGLOS O CUALQUIER TRANSACCIÓN O CONCILIACIÓN HECHA POR EL ASEGURADO Y/O EL CONDUCTOR AUTORIZADO CON LA VÍCTIMA DEL DAÑO O SUS CAUSAHABIENTES O ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO, SIN PREVIO CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LA ASEGURADORA O DEL ASESOR JURÍDICO NOMBRADO POR ELLA.

2.2.8 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DECLARADA POR SENTENCIA JUDICIAL, O LA RESPONSABILIDAD CONTRAVENCIONAL RESULTANTE DE UNA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA DE TRÁNSITO EMITIDO POR UNA AUTORIDAD COMPETENTE EN PROCESO EN LA CUAL EL ASEGURADO NO HAYA COMPARECIDO POR SI MISMO O MEDIANTE APODERADO A NINGUNA DILIGENCIA Y SEA RENUENTE AL OTORGAMIENTO DEL RESPECTIVO PODER AL ABOGADO NOMBRADO POR LA ASEGURADORA.

2.2.9 DAÑOS DE VEHÍCULOS TERCEROS QUE NO SEAN DERIVADOS DIRECTA Y EXCLUSIVAMENTE DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN EL CUAL RECLAMA EL ASEGURADO.

2.2.10 CUANDO EL ASEGURADO O EL CONDUCTOR AFRONTEN EL PROCESO CIVIL Y/O INCIDENTE DE REPARACIÓN INTEGRAL EN EL PROCESO PENAL SIN DAR AVISO OPORTUNO A LA ASEGURADORA, O SIN LLAMARLA EN GARANTÍA.

2.2.11 PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO O CONDUCTOR AUTORIZADO QUE ESTÉN O SEAN CUBIERTOS POR EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT), ARP, EPS, ARS, ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGADA, PLANES COMPLEMENTARIOS, FONDOS DE PENSIONES O DE OTRAS ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL, ASÍ COMO LOS COBROS QUE POR SUBROGACIÓN ESTÉ FACULTADA DE MANERA LEGAL O CONVENCIONAL, LAS ENTIDADES ANTES CITADAS, CON OCASIÓN DE LAS PRESTACIONES CANCELADAS EN CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES LEGALES O CONTRACTUALES.

2.2.12 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO DE CARÁCTER CONTRACTUAL Y LABORAL.

2.2.13 MUERTE O LESIONES A PASAJEROS, O A PERSONAS OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO.

2.2.14 MUERTE O LESIONES AL ASEGURADO, AL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO, A LOS SOCIOS DEL ASEGURADO O A LOS TRABAJADORES A SU SERVICIO.

2.1.15 MUERTE, LESIONES O DAÑOS ORIGINADOS POR CONTAMINACIÓN O POR ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, TALES COMO TERREMOTO, TEMBLOR O ERUPCIÓN VOLCÁNICA.

2.1.16 MUERTE, LESIONES O DAÑOS COMO CONSECUENCIA DE LA INOBSERVANCIA DE LAS DISPOSICIONES LEGALES SOBRE TRANSPORTE, NORMAS TÉCNICAS O DE MANTENIMIENTO DE VEHÍCULO O DE LA PRESCRIPCIONES MÉDICAS PARA SU CONDUCTOR.

2.3 EXCLUSIONES AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL:

ESTA PÓLIZA NO AMPARA LA RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL QUE LE PUDIERA SURGIR AL ASEGURADO POR LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:

2.3.1 LAS LESIONES CORPORALES, MUERTE O DAÑOS CAUSADOS AL ASEGURADO Y/O AL CONDUCTOR AUTORIZADO DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO, SUS PARIENTES EN LÍNEA DIRECTA O COLATERAL HASTA EL TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD INCLUSIVE, SU PADRE O MADRE ADOPTANTE, SU HIJO ADOPTIVO O SU CÓNYUGE NO DIVORCIADO O NO DISUELTA SU SOCIEDAD CONYUGAL O COMPAÑERA (O) PERMANENTE. LA MISMA EXCLUSIÓN OPERA CON RESPECTO A LOS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES DE LA PERSONA JURÍDICA ASEGURADA SI SE TRATA DE SOCIEDAD UNIPERSONAL O EN COMANDITA SIMPLE Y DE LOS TRABAJADORES A SU SERVICIO, EXCEPTO CUANDO ESTOS ÚLTIMOS SE TRANSPORTEN EN CALIDAD DE PASAJEROS Y QUE HAYAN PAGADO EL PASAJE RESPECTIVO.

2.3.2 LAS LESIONES CORPORALES O MUERTE ORIGINADAS CUANDO EL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, SE ENCUENTRE CUBRIENDO O SIRVIENDO POR FUERA DE LAS RUTAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE TRANSPORTE.

2.3.3 LAS LESIONES CORPORALES O MUERTE DE LOS PASAJEROS CUANDO EL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, SEA CONDUCIDO SIN LA AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO O EMPRESA AFILIADORA.

2.3.4 LAS LESIONES CORPORALES O MUERTE DE LOS PASAJEROS CUANDO LA CAUSA EFICIENTE DE LA LESIÓN O LA MUERTE SEAN ORIGINADAS POR LAS MERCANCÍAS AZAROSAS, INFLAMABLES O EXPLOSIVAS TRANSPORTADAS EN EL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA.

2.3.5 LAS LESIONES CORPORALES O MUERTE DE LOS PASAJEROS CUANDO EL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, SEA USADO O APREHENDIDO POR CUALQUIER ACTO DE AUTORIDAD. O SEA OBJETO DE MEDIDA CAUTELAR DE SEQUESTRO O DECOMISO.

2.3.6 LAS LESIONES CORPORALES O MUERTE DE LOS PASAJEROS CUANDO EL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, SE EMPLEE PARA USO DISTINTO AL ESTIPULADO EN LA PÓLIZA.

2.3.7 LAS LESIONES CORPORALES O MUERTE DE LOS PASAJEROS CUANDO EL VEHÍCULO DEL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN SOBRECUPLO DE PASAJEROS ENTENDIDO COMO EL TRANSPORTE DE UN NÚMERO MAYOR DE PASAJEROS AL DETERMINADO EN LA TARJETA DE PROPIEDAD, SIEMPRE QUE ESTA SEA LA CAUSA DEL SINIESTRO.

2.3.8 LAS LESIONES CORPORALES O MUERTE OCURRIDAS POR CULPA EXCLUSIVA DEL PASAJERO O POR EL HECHO DE TERCERAS PERSONAS. Y/O DE LAS PERSONAS O COSAS QUE SE ENCUENTREN BAJO EL CUIDADO DE ESTAS.

2.3.9 LOS DAÑOS A CARGA, BIENES O EQUIPAJES TRANSPORTADOS EN EL VEHÍCULO ASEGURADO.

2.3.10 ESTE SEGURO NO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL GENERADA POR EL ASEGURADO, TOMADOR Y/O CONDUCTOR AUTORIZADO DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, CUANDO SE PRETENDA COBRAR A LA ASEGURADORA A TÍTULO DE SUBROGACIÓN, REPETICIÓN Y DEMÁS ACCIONES QUE SE ASIMILEN, POR PARTE DE EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD, ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO, EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD, CAJAS DE COMPENSACIÓN Y ASIMILADAS, ADMINISTRADORAS DE RIESGOS PROFESIONALES, COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA Y EN GENERAL POR CUALQUIERA DE LAS ENTIDADES ENCARGADAS DE LA ADMINISTRACIÓN Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, LOS VALORES RECONOCIDOS POR ÉSTAS, CON OCASIÓN DE SUS PROPIAS OBLIGACIONES LEGALES Y/O CONTRACTUALES.

2.3.11 DAÑOS, PÉRDIDAS, LESIONES O MUERTE CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO E INOBSERVANCIA DE LAS DISPOSICIONES LEGALES SOBRE TRANSPORTE.

2.3.12 MUERTE O LESIONES CAUSADAS POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES O LESIONES SUFRIDAS O PADECIDAS ANTES DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.

2.3.13. OBLIGACIONES A CARGO DEL ASEGURADO DE CARÁCTER CONTRACTUAL Y LABORAL.

2.4 EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA JURÍDICA.

EL AMPARO DE ASISTENCIA JURÍDICA NO RECONOCERÁ PAGOS O REEMBOLSOS EN LOS SIGUIENTES CASOS:

2.4.1 CUANDO EL PROCESO PENAL NO SE ORIGINE POR LESIONES O MUERTE CULPOSA EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

2.4.2 CUANDO EL PROCESO ES AFRONTADO SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

CLÁUSULA TERCERA. DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS.

3.1 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

SIEMPRE Y CUANDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDIQUE EXPRESAMENTE ESTA COBERTURA LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ, DENTRO DE LOS LÍMITES SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY, PROVENIENTE DE UN ACCIDENTE O EVENTO OCASIONADO POR EL VEHÍCULO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CONDUCIDO POR EL ASEGURADO O PERSONA AUTORIZADA POR ÉL. BAJO ESTE AMPARO SE INDEMNIZARÁN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y/O EXTRAPATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE, DAÑO MORAL, LUCRO CESANTE), SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN DEBIDAMENTE ACREDITADOS Y HASTA POR EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EN DESARROLLO DEL INCISO 2º. DEL ARTÍCULO 4º DE LA LEY 389 DE 1997, LA COBERTURA OTORGADA BAJO EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DE LA PRESENTE PÓLIZA SE CIRCUNSCRIBE A LOS HECHOS OCURRIDOS DENTRO DE SU VIGENCIA Y RECLAMADOS DENTRO DE LOS DOS (2) AÑOS SIGUIENTES AL HECHO EXTERNO IMPUTABLE AL ASEGURADO.

EN DESARROLLO DEL ARTÍCULO 1044 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA ASEGURADORA PODRÁ Oponer A LA VÍCTIMA BENEFICIARIA LAS EXCEPCIONES QUE HUBIERE PODIDO ALEGAR EN CONTRA DEL TOMADOR O ASEGURADO.

COSTOS DEL PROCESO

LA ASEGURADORA RESPONDERÁ, AÚN EN EXCESO DEL LÍMITE O LÍMITES ASEGURADOS, POR LOS COSTOS DEL PROCESO QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN CONTRA DEL ASEGURADO CONDUCTOR AUTORIZADO, FIJADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

- A. SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE ESTE CONTRATO.
- B. SI EL CONDUCTOR O EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DE LA ASEGURADORA.
- C. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS AL TERCERO EXCEDE EL LÍMITE O LÍMITES ASEGURADOS, LA ASEGURADORA SÓLO RESPONDERÁ POR LAS COSTAS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A AQUELLA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

3.2 AMPARO DE ASISTENCIA JURÍDICA

SIEMPRE Y CUANDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDIQUE EXPRESAMENTE ESTA COBERTURA LA ASEGURADORA, ASIGNARÁ CON CARGO A LA PÓLIZA UNA FIRMA DE ABOGADOS PARA QUE ASISTA, ASESORE Y REPRESENTA LOS INTERESES DEL ASEGURADO, TOMADOR, CONDUCTOR AUTORIZADO DEL VEHÍCULO ASEGURADO EN LOS SIGUIENTES PROCESOS:

3.2.1 PROCESO PENAL: HASTA SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA EN PROCESOS PENALES POR LESIONES PERSONALES CULPOSAS Y HOMICIDIO CULPOSO DERIVADOS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

3.2.2 PROCESO CIVIL: HASTA SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA EN LOS PROCESOS ORDINARIOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE SE ADELANTEN EN CONTRA DEL ASEGURADO, TOMADOR, CONDUCTOR POR DAÑOS A LAS PERSONAS Y A LAS COSAS DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

3.2.3 PROCESO CONTRAVENCIONAL: HASTA FALLO DE PRIMERA INSTANCIA EN LOS PROCESOS CONTRAVENCIONALES ADMINISTRATIVOS DE TRÁNSITO DERIVADOS ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA ADELANTADOS POR LAS RESPECTIVAS INSPECCIONES MUNICIPALES DE TRÁNSITO Y EN LOS LUGARES QUE OPERA DICHO PROCEDIMIENTO. SE ENTIENDEN EXCLUIDOS DE ESTE AMPARO LOS PROCESOS CONTRAVENCIONALES DE TRÁNSITO DERIVADOS POR COMPARENDOS, OBJECIONES A COMPARENDOS, MULTAS Y RETENCIONES DE LICENCIA POR EMBRIAGUEZ O POR CUALQUIER OTRA CAUSA.

ES DEBER DEL TOMADOR, ASEGURADO, CONDUCTOR AUTORIZADO OTORGAR EL RESPECTIVO PODER A FAVOR DEL ABOGADO NOMBRADO Y ASIGNADO POR LA ASEGURADORA.

PARÁGRAFO.

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1097 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, PARA EFECTOS DE TERMINACIÓN DE CUALQUIER PROCESO POR CONCILIACIÓN O TRANSACCIÓN, SE HACE INDISPENSABLE LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ASEGURADORA. DE NO CONTAR CON ESTA AUTORIZACIÓN LA ASEGURADORA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGÚN VALOR SOBRE EL SINIESTRO CONCILIADO.

EN CASO QUE EL TOMADOR, ASEGURADO REHUSARA A CONSENTIR EL ACUERDO PROPUESTO POR LA ASEGURADORA PARA TERMINAR EL PROCESO JUDICIAL O PREJUDICIAL POR CONCILIACIÓN Y OPTARA POR LA CONTINUACIÓN DE LA ACCIÓN JUDICIAL O CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO LEGAL RELACIONADO CON EL RECLAMO DE UN TERCERO, DEBERÁ DEJARSE POR ESCRITO ENTRE LA ASEGURADORA Y EL TOMADOR O ASEGURADO QUE LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE LA ASEGURADORA POR DICHO SINIESTRO NO PODRÁ EXCEDER EL MONTO POR EL CUAL EL RECLAMO

485

HUBIESE SIDO CONCILIADO O TRANSADO, INCLUYENDO LOS GASTOS, COSTOS E INTERESES INCURRIDOS HASTA LA FECHA DE LA NO ACEPTACION DEL ACUERDO POR PARTE DEL TOMADOR O ASEGURADO.

3.3 AMPARO DE PROTECCIÓN PATRIMONIAL

TENIENDO EN CUENTA LAS COBERTURAS CONTRATADAS EN LA PÓLIZA LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ EL DAÑO QUE SE CAUSE AL VEHÍCULO ASEGURADO Y LOS DAÑOS QUE SE CAUSEN A TERCEROS, CUANDO EL ASEGURADO O EL CONDUCTOR AUTORIZADO INCURRA EN LAS CAUSALES DE EXCLUSIÓN SEÑALADAS EN LA CLÁUSULA 2.1.5.

QUEDA ENTENDIDO QUE ESTA CLÁUSULA NO EXIME DE RESPONSABILIDAD AL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO, A MENOS QUE SE TRATE DEL ASEGURADO, SUS PARIENTES EN LÍNEA DIRECTA O COLATERAL DENTRO DEL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD O PRIMERO CIVIL, POR LO CUAL LA ASEGURADORA PODRÁ SUBROGARSE CONTRA EL CONDUCTOR, HASTA POR LA TOTALIDAD DE LA INDEMNIZACIÓN PAGADA.

3.4 MUERTE ACCIDENTAL

EL FALLECIMIENTO DEL PASAJERO COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, DEL CUAL SEA CIVIL Y CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE, SIEMPRE QUE EL DECESO SE PRODUZCA DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA OCURRENCIA DEL MISMO.

3.5 INCAPACIDAD PERMANENTE

LA DISMINUCIÓN IRREPARABLE TOTAL O PARCIAL DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL PASAJERO, COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO DEL VEHÍCULO ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, DEL CUAL EL ASEGURADO Y CONDUCTOR SEAN CIVILMENTE RESPONSABLES, SIEMPRE QUE ÉSTA SE ESTRUCTURE DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA OCURRENCIA DEL MISMO. CUALQUIER PAGO DE INDEMNIZACIÓN REALIZADO BAJO ESTE AMPARO, DEBERÁ DESCONTARSE DE LA INDEMNIZACIÓN QUE POR MUERTE ACCIDENTAL SE DEBA PAGAR, CUANDO LA MUERTE SE PRODUCE POSTERIORMENTE A DECLARATORIA DE INCAPACIDAD PERMANENTE.

3.6 INCAPACIDAD TEMPORAL

ES LA DISMINUCIÓN TRANSITORIA DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO QUE IMPIDE AL PASAJERO LESIONADO DESEMPEÑAR SU ACTIVIDAD LABORAL NORMAL. COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, Y DEL CUAL EL ASEGURADO Y CONDUCTOR SEAN CIVILMENTE RESPONSABLES.

LAS SUMAS INDEMNIZADAS BAJO ESTE AMPARO NO SON ACUMULABLES, CON LAS INDEMNIZACIONES DERIVADAS DE LOS AMPAROS DE INCAPACIDAD PERMANENTE Y MUERTE ACCIDENTAL. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LO INDICADO EN LA CLÁUSULA OCTAVA.

3.7 GASTOS MÉDICOS.

SON LAS EROGACIONES POR LAS LESIONES CORPORALES SUFRIDAS POR EL PASAJERO EN UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, QUE CORRESPONDEN A TRATAMIENTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS, ABSOLUTAMENTE ESENCIALES O NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS MISMAS. ESTE AMPARO SOLO OPERA SIEMPRE Y CUANDO EL CONDUCTOR Y ASEGURADO SEAN CIVIL Y CONTRACTUALMENTE RESPONSABLES, Y CUBRE EN EXCESO DE LOS LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN AMPARADOS BAJO EL SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO (SOAT), Y EN EXCESO DEL VALOR QUE LE SEA RECONOCIDO POR EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES.

CLÁUSULA CUARTA. VALOR ASEGURADO.

4.1. LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL.

LOS VALORES ASEGURADOS ESTABLECIDOS PARA LA PRESENTE PÓLIZA SERÁN LOS INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA MISMA, Y CONSTITUYEN EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD QUE ASUME LA ASEGURADORA POR CONCEPTO DE LOS DAÑOS MATERIALES CAUSADOS POR EL ASEGURADO O POR LAS PERSONAS EXPRESAMENTE AUTORIZADAS POR ÉL PARA CONDUCIR EL VEHÍCULO ASEGURADO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, CUYA CAUSA SEA EN UN MISMO SINIESTRO, ESTO ES, UN MISMO ACCIDENTE DE TRÁNSITO. DICHO LÍMITE DE COBERTURA SE ESTABLECE POR ACCIDENTE, INDEPENDIENTE DEL NÚMERO DE VÍCTIMAS.

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA POR MUERTE O LESIONES A LAS PERSONAS, SOLAMENTE SE AFECTARÁ EN EXCESO DE LOS PAGOS CORRESPONDIENTES A LOS GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS, HOSPITALARIOS Y A LOS GASTOS FUNERARIOS OTORGADOS POR LA PÓLIZA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT) DEL VEHÍCULO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DE LA COBERTURAS DE FIDUSALUD, E.P.S. Y A.R.P.

PARÁGRAFO.

EL VALOR ASEGURADO, QUE SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN TODO CASO, SERÁ EL LÍMITE MÁXIMO A CARGO DE LA ASEGURADORA EN CUALQUIER EVENTO AMPARADO, INCLUYENDO LA SUMA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES O MATERIALES, DE LOS CUALES SEA RESPONSABLE EL ASEGURADO. EN CONSECUENCIA, EN NINGÚN CASO O EVENTO DERIVADO DE UN SOLO SINIESTRO, LA ASEGURADORA PAGARÁ UNA SUMA SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

COSTAS DEL PROCESO: LA ASEGURADORA RESPONDERÁ, POR LAS COSTAS DEL PROCESO CIVIL, QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN CONTRA DEL CONDUCTOR O LA DEL ASEGURADO CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

SI LA RESPONSABILIDAD PROVIENE DE DOLO, ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE ESTE CONTRATO.

SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DE LA ASEGURADORA.

SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE EL LÍMITE O LÍMITES ASEGURADOS, LA ASEGURADORA SOLO RESPONDERÁ POR LAS COSTAS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

4.2. LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

4.2.1 SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DELIMITA LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA, EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, POR CADA PASAJERO, DE ACUERDO CON LA CAPACIDAD AUTORIZADA DE OCUPANTES DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA.

4.2.2 LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD. LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN LA PRESENTE PÓLIZA, EQUIVALE A LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL MULTIPLICADA POR EL NÚMERO TOTAL DE CUPOS PARA PASAJEROS QUE FIGURAN EN LA TARJETA DE OPERACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, OTORGADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

PARÁGRAFO.

LA COBERTURA OTORGADA POR ESTA PÓLIZA POR MUERTE O LESIONES A LAS PERSONAS, SOLAMENTE SE AFECTARÁ EN EXCESO DE LOS PAGOS CORRESPONDIENTES A LOS GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS, HOSPITALARIOS Y A LOS GASTOS FUNERARIOS OTORGADOS POR LA PÓLIZA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO (SOAT) DEL VEHÍCULO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DE LA COBERTURAS DE FIDUSALUD, E.P.S. Y A.R.P. ASEGURADOS BAJO LOS AMPAROS DE MUERTE, INCAPACIDAD PERMANENTE E INCAPACIDAD TEMPORAL, NO SON ACUMULABLES.

CLÁUSULA QUINTA. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO PARA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

5.1 AL OCURRIR CUALQUIER ACCIDENTE, EL ASEGURADO DEBERÁ DAR AVISO A LA ASEGURADORA, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A PARTIR DE LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LA OCURRENCIA DEL HECHO.

5.2 ASÍ MISMO DEBERÁ DAR AVISO A LA ASEGURADORA DE TODA COMUNICACIÓN, RECLAMACIÓN, NOTIFICACIÓN, CITACIÓN, DEMANDA, PROCEDIMIENTO O DILIGENCIA QUE RECIBA, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE TENGA NOTICIA RELACIONADA CON CUALQUIER ACONTECIMIENTO QUE PUEDA DAR LUGAR A UNA RECLAMACIÓN DE ACUERDO CON LA PRESENTE PÓLIZA.

5.3 ADOPTAR TODAS LAS MEDIDAS QUE FAVOREZCAN SU DEFENSA FRENTE A CUALQUIER RECLAMACIÓN, DEBIENDO MOSTRARSE TAN DILIGENTE COMO SI NO EXISTIERA SEGURO.

SI EL ASEGURADO INCUMPLE CUALQUIERA DE ESTAS OBLIGACIONES, LA ASEGURADORA PODRÁ DEDUCIR DE LA INDEMNIZACIÓN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

CLÁUSULA SEXTA. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN CASO DE SINIESTRO PARA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.

PARA ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SU CUANTÍA, EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO PODRÁN UTILIZAR CUALQUIERA DE LOS MEDIOS PROBATORIOS PERMITIDOS POR LA LEY, TALES COMO:

6.1 MUERTE: RECLAMACIÓN ESCRITA, FOTOCOPIA DEL INFORME DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO DILIGENCIADO POR AUTORIDAD COMPETENTE, REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN, ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE BENEFICIARIO.

6.2 INCAPACIDAD PERMANENTE: RECLAMACIÓN ESCRITA, INFORME DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO DILIGENCIADO POR AUTORIDAD COMPETENTE, CERTIFICACIÓN DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.

6.3 INCAPACIDAD TEMPORAL: RECLAMACIÓN ESCRITA, INFORME DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO DILIGENCIADO POR AUTORIDAD COMPETENTE, DOCUMENTO QUE ACREDITE INGRESOS, CERTIFICADO DE INCAPACIDAD EXPEDIDO POR LA EPS A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL PASAJERO, O POR LA INSTITUCIÓN TRATANTE EN CASO DE NO AFILIACIÓN.

6.4 GASTOS MÉDICOS: RECLAMACIÓN ESCRITA, INFORME DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO DILIGENCIADO POR AUTORIDAD COMPETENTE, CERTIFICADO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, FACTURAS EN ORIGINAL POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON CONSTANCIA DE CANCELADO.

CLÁUSULA SÉPTIMA. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN PARA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.

7.1. LA ASEGURADORA EFECTUARÁ EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO HAYA FORMALIZADO LA RECLAMACIÓN, CON LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA Y LA CALIDAD DE BENEFICIARIO.

7.2. LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ A LA VÍCTIMA, QUIEN SE CONSTITUYE EN BENEFICIARIA DE LA INDEMNIZACIÓN, LOS PERJUICIOS MATERIALES QUE LE HAYAN SIDO CAUSADOS POR EL ASEGURADO CUANDO ESTE SEA CIVILMENTE RESPONSABLE DE ACUERDO CON LA LEY Y SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA. PARA TAL EFECTO DEBE PRESENTARSE LA PRUEBA DE LA CALIDAD DEL BENEFICIARIO, DEL PERJUICIO SUFRIDO Y DE SU CUANTÍA.

7.3. SALVO AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ASEGURADORA OTORGADA POR ESCRITO, EL ASEGURADO NO ESTARÁ AUTORIZADO PARA:

7.3.1. RECONOCER SU PROPIA RESPONSABILIDAD. ESTA PROHIBICIÓN NO COMPRENDE LA DECLARACIÓN DEL ASEGURADO SOBRE LA MATERIALIDAD DE LOS HECHOS CONSTITUTIVOS DEL ACCIDENTE.

7.3.2. HACER PAGOS, CELEBRAR ACUERDOS, TRANSACCIONES O CONCILIACIONES CON LA VÍCTIMA DEL DAÑO O SUS CAUSAHABIENTES.

LA PROHIBICIÓN DE EFECTUAR PAGOS NO SE APLICARÁ CUANDO EL ASEGURADO SEA CONDENADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE A INDEMNIZAR A LA VÍCTIMA, MEDIANTE DECISIÓN EJECUTORIADA, NI TRATÁNDOSE DE PAGOS POR ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA DE LA VÍCTIMA SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ CUBIERTO POR EL SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

7.4. EN DESARROLLO DEL ARTÍCULO 1044 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LA ASEGURADORA PODRÁ Oponer A LA VÍCTIMA BENEFICIARIA LAS EXCEPCIONES QUE HUBIERE PODIDO ALEGAR CONTRA EL TOMADOR O ASEGURADO.

7.5. LA ASEGURADORA NO INDEMNIZARÁ A LA VÍCTIMA LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO CUANDO HUBIESEN SIDO PREVIAMENTE INDEMNIZADOS POR CUALQUIER OTRO MECANISMO.

CLÁUSULA OCTAVA. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN PARA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.

LA ASEGURADORA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN A LA QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE SE LE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

LA ASEGURADORA INDEMNIZARÁ POR EL FALLECIMIENTO DEL PASAJERO, HASTA LA CUANTÍA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, A LOS BENEFICIARIOS CONSIDERADOS COMO TALES, POR LAS LEYES VIGENTES AL MOMENTO DEL SINIESTRO.

SI LAS LESIONES SUFRIDAS A CONSECUENCIA DEL MISMO ACCIDENTE DE TRÁNSITO DEL VEHÍCULO DEL ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, DAN LUGAR AL PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR LA INCAPACIDAD PERMANENTE Y POSTERIORMENTE FALLECE EL PASAJERO COMO CONSECUENCIA DE DICHAS LESIONES, LA ASEGURADORA SÓLO PAGARÁ HASTA EL LÍMITE DEL VALOR DE LA SUMA ASEGURADA POR MUERTE, DESCONTANDO DE ESTE VALOR LA INDEMNIZACIÓN PREVIAMENTE PAGADA BAJO EL AMPARO DE INCAPACIDAD PERMANENTE.

LA ASEGURADORA PODRÁ PAGAR LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE DEL PASAJERO, TENIENDO EN CUENTA EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL PASAJERO, DETERMINADA POR MEDICINA LEGAL, O LA AFP, O LA EPS, O LA ARP O DE CONFORMIDAD CON LA CALIFICACIÓN DE LA JUNTA MÉDICA O EL MÉDICO CALIFICADOR, CONFORME A LAS NORMAS VIGENTES AL MOMENTO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO.

LA ASEGURADORA EN CASO DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE DEL PASAJERO, SUBSIGUIENTE AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE ÉSTE, DESCONTARÁ CUALQUIER SUMA PAGADA EN EXCESO DE LOS PRIMEROS 90 DÍAS INDEMNIZADOS POR CONCEPTO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

SALVO QUE MEDIE AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA ASEGURADORA OTORGADA POR ESCRITO, EL ASEGURADO NO ESTARÁ FACULTADO, EN RELACIÓN CON SINIESTROS AMPARADOS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, PARA ASUMIR OBLIGACIONES, O EFECTUAR TRANSACCIONES.

CLÁUSULA NOVENA. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN PARA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.

9.1 LA ASEGURADORA QUEDARÁ RELEVADA DE TODA RESPONSABILIDAD Y EL ASEGURADO Y/O PASAJERO Y/O BENEFICIARIO SEGÚN EL CASO, PERDERÁN TODO DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN, SI EN CUALQUIER TIEMPO SE EMPLEAN MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS POR EL TOMADOR, ASEGURADO, PASAJERO O BENEFICIARIO, O POR TERCERAS PERSONAS QUE OBRE POR CUENTA SUYA O CON SU CONSENTIMIENTO, PARA SUSTENTAR UNA RECLAMACIÓN O PARA DERIVAR BENEFICIO DE ESTE SEGURO.

9.2 CUANDO EL ASEGURADO O CONDUCTOR ASEGURADO REALICE TRANSACCIÓN, CONCILIACIÓN O CELEBRE ACUERDOS CON TERCEROS AFECTADOS SIN LA PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA ASEGURADORA.

CLÁUSULA DÉCIMA. DEDUCIBLE.

DEDUCIBLE ES EL MONTO O PORCENTAJE DE LA INDEMNIZACIÓN QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DE ÉSTA Y QUE, POR LO TANTO, SIEMPRE QUEDA A CARGO DEL ASEGURADO, INDEPENDIENTE DE QUE EL TOMADOR, ASEGURADO O CONDUCTOR AUTORIZADO SEA RESPONSABLE O NO.

EN TODO CASO, LOS PORCENTAJES Y MONTOS CONVENIDOS COMO DEDUCIBLE SE ESTIPULARÁN EN LOS RENGLONES CORRESPONDIENTES DEL CUADRO DE AMPAROS DE ESTE CONTRATO, O EN LOS CERTIFICADOS DE SEGURO QUE SE EXPIDAN EN SU APLICACIÓN.

EL DEDUCIBLE SERÁ APLICADO POR CADA EVENTO CONSTITUTIVO DE DAÑO O PÉRDIDA AMPARADA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

EL VALOR DEL SMMLV SERÁ EL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

SI EN EL MOMENTO DE UN SINIESTRO EXISTIERA OTRO U OTROS SEGUROS AMPARANDO LA RESPONSABILIDAD CIVIL O EL VEHÍCULO ASEGURADO, LA ASEGURADORA SÓLO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR LOS DAÑOS Y LAS PÉRDIDAS PROPORCIONALES A LA CANTIDAD CUBIERTA EN CADA AMPARO, EXCEPTO CUANDO SE OMITA MALICIOSAMENTE LA INFORMACIÓN PREVIA A LA ASEGURADORA SOBRE LA COEXISTENCIA DE SEGUROS AMPARANDO LOS MISMOS INTERESES, EN CUYO CASO EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PERDERÁ TODO DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

LA TRANSFERENCIA POR ACTO ENTRE VIVOS DEL INTERÉS ASEGURADO O DE LA COSA A QUE ESTÉ VINCULADO EL SEGURO, PRODUCIRÁ AUTOMÁTICAMENTE LA EXTINCIÓN DEL CONTRATO, A MENOS QUE SUBSISTA UN INTERÉS ASEGURABLE EN CABEZA DEL ASEGURADO. EN ESTE CASO, SUBSISTIRÁ EL CONTRATO EN LA MEDIDA NECESARIA PARA PROTEGER TAL INTERÉS, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO INFORME DE ESTA CIRCUNSTANCIA AL ASEGURADOR DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DE TRANSFERENCIA.

LA EXTINCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO CREARÁ A CARGO DEL ASEGURADOR LA OBLIGACIÓN DE DEVOLVER LA PRIMA NO DEVENGADA.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO.

EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. POR LA ASEGURADORA, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL ASEGURADO, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO A LA ASEGURADORA Y SU EFECTO SERÁ A PARTIR DE LA FECHA DE RADICACIÓN DE LA SOLICITUD ANTE LA ASEGURADORA.

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 DEL 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.

EN CASO DE QUE HAYA LUGAR A DEVOLUCIÓN DE PRIMAS NO DEVENGADAS, DICHA CIRCUNSTANCIA LE SERÁ INFORMADA AL TOMADOR.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. NOTIFICACIONES.

CUALQUIER ACLARACIÓN O NOTIFICACIÓN QUE DEBAN HACERSE EL ASEGURADO Y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ESTIPULACIONES ANTERIORES, DEBERÁ CONSIGNARSE POR ESCRITO (SIEMPRE Y CUANDO ASÍ LO EXIJA LA LEY).

2182

SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACIÓN LA CONSTANCIA DE SU ENVÍO DEL AVISO POR ESCRITO POR CORREO RECOMENDADO O CERTIFICADO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR CADA UNO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - JURISDICCIÓN TERRITORIAL.

LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA OPERAN MIENTRAS EL VEHÍCULO SE ENCUENTRE DENTRO DEL TERRITORIO DE LAS REPÚBLICAS DE COLOMBIA, BOLIVIA, ECUADOR, PERÚ Y VENEZUELA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. JURISDICCIÓN APLICABLE.

CUALQUIER DIFERENCIA O CONTROVERSIDAD RELACIONADA CON LA INTERPRETACIÓN Y APLICACIÓN O EFECTIVIDAD DE ESTE CONTRATO DE SEGUROS, SERÁ DIRIMIDA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR LA JURISDICCIÓN ORDINARIA COLOMBIANA.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA. DOMICILIO.

SIN PERJUICIO A LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. DISPOSICIONES LEGALES.

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY PARA LAS PARTES. PARA LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS EN ESTE CONTRATO, SE APLICARÁN LAS NORMAS RELATIVAS AL CONTRATO DE SEGURO.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN.

EL TOMADOR Y ASEGURADO AUTORIZAN A LA ASEGURADORA PARA QUE, CON LOS FINES ESTADÍSTICOS, DE INFORMACIÓN ENTRE COMPAÑÍAS, CONSULTA O TRANSFERENCIA DE DATOS CON CUALQUIER AUTORIDAD QUE LO REQUIERA, CONSULTE, INFORME, GUARDE EN SUS ARCHIVOS Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGOS QUE CONSIDERE NECESARIO O, A CUALQUIER OTRA ENTIDAD, LA INFORMACIÓN QUE RESULTE DE TODAS LAS OPERACIONES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE Y, BAJO CUALQUIER MODALIDAD, SE LE HAYA OTORGADO O SE LE OTORQUE EN EL FUTURO, ASÍ COMO SOBRE NOVEDADES, REFERENCIAS Y MANEJO DE LA PÓLIZA Y DEMÁS SERVICIOS QUE SURJAN DE ESTA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARA CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. LAVADO DE ACTIVOS.

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, SOBRE EL TEMA DE SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT, EL TOMADOR, EL(LOS) ASEGURADO(S) Y EL(LOS) BENEFICIARIO(S), SE OBLIGAN CON LA ASEGURADORA A DILIGENCIAR CON DATOS CIERTOS Y REALES EL FORMATO QUE PARA TAL MENESTER SE LE ENTREGUE Y A SUMINISTRAR LOS DOCUMENTOS QUE SE SOLICITEN COMO ANEXO, AL INICIO DE LA PÓLIZA, DE LA RENOVACIÓN DE LA MISMA, Y AL MOMENTO DEL PAGO DE INDEMNIZACIONES.

ASÍ MISMO SE OBLIGA(N) A ACTUALIZAR SUS DATOS POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO, SUMINISTRANDO LA TOTALIDAD DE LOS SOPORTES DOCUMENTALES EXIGIDOS SEGÚN EL PRODUCTO O SERVICIO.

EN EL EVENTO EN QUE SE INCUMPLA CON LA PRESENTE OBLIGACIÓN, LA COMPAÑÍA HARÁ USO DE SU FACULTAD DE REVOCAR UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGURO.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. REDUCCIÓN DE LA PRIMA POR DISMINUCIÓN DEL RIESGO.

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1065 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO, EL ASEGURADOR DEBERÁ REDUCIR LA PRIMA ESTIPULADA, SEGÚN LA TARIFA CORRESPONDIENTE, POR EL TIEMPO NO CORRIDO DEL SEGURO.

**ANEXO DE ASISTENCIA SOLIDARIA
PRIMERA OBJETO DEL ANEXO**

SIEMPRE Y CUANDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE INDIQUE EXPRESAMENTE ESTA COBERTURA. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, DENOMINADA EN ADELANTE LA ASEGURADORA, CUBRE A TRAVÉS DE SU RED DE PROVEEDORES Y DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, LOS CONCEPTOS DEFINIDOS EN EL CUADRO DE AMPAROS, CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES PREVISTAS EN ESTE DOCUMENTO:

LA COBERTURA DE ASISTENCIA JURIDICA OFRECIDA EN EL PRESENTE CONTRATO OPERA ÚNICAMENTE CUANDO EL BENEFICIARIO INFORME TELEFÓNICAMENTE EL HECHO Y SOLICITE EL SERVICIO QUE PUEDA MOTIVAR UNA INTERVENCIÓN ASISTENCIAL, A LOS SIGUIENTES TELÉFONOS:

- DESDE BOGOTÁ: 2916868
- DESDE SU CELULAR: #789
- LÍNEA GRATUITA NACIONAL: 018000-512021
- ATENCIÓN LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO.

CUALQUIER RECLAMACIÓN RELATIVA A UNA SITUACIÓN DE ASISTENCIA DEBERÁ SER PRESENTADA A LA COMPAÑÍA A TRAVÉS DE LÍNEA DE ASISTENCIA.

QUEDA ENTENDIDO QUE LA OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA SE LIMITA AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN. DICHO PAGO SE REALIZARÁ EN DINERO CUANDO PREVIAMENTE HAYA SIDO AUTORIZADO POR LA MISMA O MEDIANTE REPOSICIÓN, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1110 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. EL PAGO POR REPOSICIÓN SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE UN TERCERO.

EN VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO, LA ASEGURADORA GARANTIZA LA PUESTA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO Y/O DEL BENEFICIARIO DE UNA AYUDA MATERIAL INMEDIATA, EN FORMA DE PRESTACIÓN ECONÓMICA O DE SERVICIOS, CUANDO ESTOS SE ENCUENTREN EN DIFICULTADES, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO FORTUITO OCURRIDO EN EL CURSO DE UN VIAJE FUERA DE SU DOMICILIO HABITUAL, REALIZADO CON EL VEHÍCULO ASEGURADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y ÁMBITO TERRITORIAL DETERMINADO Y CONSIGNADOS EN EL PRESENTE ANEXO Y POR LOS HECHOS DERIVADOS DE LOS RIESGOS ESPECIFICADOS EN EL MISMO.

SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos de este anexo se entenderá por:

1. Tomador de Seguro.

Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

2. Asegurado.

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien le corresponde, en su caso, los derechos derivados del contrato.

3. Beneficiarios.

a) para los vehículos de servicio público.

El asegurado, el conductor del vehículo asegurado y los demás ocupantes del vehículo asegurado, cuando resulten afectados por un accidente, con motivo de su circulación y que este incluido en la cobertura de este anexo. El número de beneficiarios estará sujeto al máximo de pasajeros registrados en la licencia de tránsito.

4. vehículo asegurado.

Se entiende por tal el vehículo destinado al transporte público de pasajeros.

5. SMLD.

Salario mínimo legal diario, es el valor que hubiera determinado el gobierno colombiano como tal, y que se encuentre vigente al momento del siniestro.

TERCERA. ASISTENCIA JURÍDICA.

ASISTENCIA DE ASESOR JURÍDICO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO: EN EL EVENTO DE OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO DEL VEHÍCULO ASEGURADO, LA ASEGURADORA ASESORARÁ AL CONDUCTOR DEL MISMO, MEDIANTE COMUNICACIÓN TELEFÓNICA O, CUANDO A SU JUICIO LO ESTIME, MEDIANTE PRESENCIA DEL ABOGADO EN EL SITIO DEL ACCIDENTE.

PARÁGRAFO.

LA COBERTURA AQUÍ OTORGADA SE RESTRINGE A LAS ACCIONES PRELIMINARES, Y POR TANTO NO SE CUBREN LOS HONORARIOS DE ABOGADOS Y GASTOS LEGALES QUE SE GENEREN POR PROCESOS CIVILES Y/O PENALES GENERADOS CON OCASIÓN DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO, SIN PERJUICIO DE LAS CONDICIONES Y AMPAROS CUBIERTOS EN LAS DEMÁS COBERTURAS OTORGADAS EN LA PÓLIZA.

CUARTA. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DEL ANEXO DE ASISTENCIA.

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO LAS PRESTACIONES Y HECHOS SIGUIENTES:

LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA ASEGURADORA; SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON LA ASEGURADORA.

QUINTA. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

LA PRESTACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS, O EL PAGO DE CUALQUIER SUMA DE DINERO DERIVADA DE LAS COBERTURAS DESCRITAS EN EL PRESENTE ANEXO, NO IMPLICA ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA ASEGURADORA, RESPECTO DE LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

SEXTA. SINIESTROS.

ADEMÁS DE LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO, REFERENTE A INDEMNIZACIONES SE TENDRÁ EN CUENTA LO SIGUIENTE:

INCUMPLIMIENTO

LA ASEGURADORA QUEDA RELEVADA DE RESPONSABILIDAD CUANDO POR CAUSA DE FUERZA MAYOR O POR DECISIÓN AUTÓNOMA DEL ASEGURADO O DE SUS RESPONSABLES, NO PUEDA EFECTUAR CUALQUIERA DE LAS PRESTACIONES ESPECÍFICAMENTE PREVISTAS EN ESTE ANEXO.

ASÍ MISMO LA ASEGURADORA NO SE RESPONSABILIZA DE LOS RETRASOS O INCUMPLIMIENTOS DEBIDOS A LAS ESPECIALES CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS O POLÍTICAS DE UN PAÍS DETERMINADO. EN TODO CASO, SI EL ASEGURADO SOLICITARA EL SERVICIO DE ASISTENCIA JURÍDICA NO PUDIERA INTERVENIR DIRECTAMENTE, POR CAUSA DE FUERZA MAYOR, LOS GASTOS RAZONABLES EN QUE SE INCURRA SERÁN REEMBOLSADOS, PREVIA PRESENTACIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES RECIBOS, AL REGRESO DEL ASEGURADO A COLOMBIA, SIEMPRE QUE TALES GASTOS SE HALLEN CUBIERTOS.