

Señores

JUEZ CUARTO (04) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE FLORENCIA

E. S. D.

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 18001333300420190071100
DEMANDANTE: MARÍA DE LOS ÁNGELES GUSTÍN Y OTROS
DEMANDADOS: HOSPITAL MARÍA INMACULADA ESE, CLÍNICA UROS
S.A. Y OTROS
LLAMADO EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT 860.026.182-5, representada legalmente por el doctor David Alejandro Colmenares Spence, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali que se aporta con el presente documento, donde se observa el mandato general a mí conferido a través de escritura pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 otorgada en la Notaría 29 de la ciudad de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legalmente establecido, manifiesto comedidamente que acudo a su Despacho, en primer lugar para **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por María de los Ángeles Gustín y Otros, en segundo lugar, para **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado a mi prohijada por la **ESE HOSPITAL MARÍA IMACULADA**, y en tercer lugar, para **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado a mi prohijada por la **CLÍNICA UROS S.A.**, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones formuladas en la demanda y el llamamiento en garantía, de conformidad con las siguientes consideraciones de orden fáctico y jurídico:

CAPÍTULO I

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

AL HECHO 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 2: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 3: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 4: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 5: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicios de lo anterior, es menester poner de presente que el señor Jesús Fernando Monje Fierro acudió, al día siguiente del accidente, es decir, el 19 de diciembre de 2016 a las 3 am, al servicio de urgencias del Hospital Rafael Tovar Poveda, institución hospitalaria que lo atendió y realizó los exámenes pertinentes que descartaron cualquier herida

abdominal. Además de lo anterior, es necesario señalar que la causa de la muerte del señor Monje Fierro fue Tuberculosis extrapulmonar, patología que no tiene origen en el accidente de tránsito sufrido por la víctima.

AL HECHO 6: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 7: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 8: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 9: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 10: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 11: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 12: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO DÉCIMO 13: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 14: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, es menester señalar que la atención prestada en la Clínica Uros S.A. fue integral y no se limitó únicamente a lo ordenado por la Clínica el Doncello. En ese sentido, la Clínica Uros S.A. actuó con la debida diligencia y cuidado poniendo a disposición del paciente todo el equipo humano y tecnológico necesario para diagnosticar la patología que le producía el dolor abdominal y tratar su anemia y desnutrición crónica. Nótese que el 14 de abril cuando fue dado de alta, se debió a que su estado físico mejoró y los dolores cedieron y que, aún así, el alta fue dada con varias recomendaciones a seguir y con la orden de una cita de control con cirugía general. Es decir, el tratamiento impartido por la Clínica fue el indicado para obtener la mejoría del paciente, quien en virtud de la *lex artis* ad-hoc mostro un notable bienestar, por lo que fue indicado dar de alta con precisas recomendaciones.

AL HECHO 15: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, es menester señalar que la atención prestada en la Clínica Uros S.A. fue integral y no se limitó únicamente a lo ordenado por la Clínica el Doncello. En ese sentido, la Clínica Uros S.A. actuó con la debida diligencia y cuidado poniendo a disposición del paciente todo el equipo humano y tecnológico necesario para diagnosticar la patología que le producía el dolor abdominal y tratar su anemia y desnutrición crónica. Nótese que el 14 de abril cuando fue dado de alta ello se debió a que su estado físico mejoró y los dolores cedieron y que, aun así, el alta fue dada con varias recomendaciones a seguir y con la orden de una cita de control con cirugía general.

Se debe resaltar que el tratamiento ordenado para tratar la sintomatología del paciente fue producto de los múltiples exámenes realizados por el personal asistencial de la clínica Uros. Así pues, pese a que si se practicó una anoscopia y una colonoscopia que arrojaron los resultados descritos en este hecho, también se le practicaron otra serie de exámenes que leídos en conjunto no indicaron en el momento una complicación de salud. Aunado a ello, los exámenes físicos realizados por los médicos en las rondas al paciente, en los pocos días que estuvo hospitalizado en la Clínica Uros, con el paso de los días arrojaban mejorías con respecto al dolor en el abdomen. . Es decir, el tratamiento impartido por la Clínica fue el indicado para obtener la mejoría del paciente, quien en virtud de la lex artis ad-hoc mostro un notable bienestar, por lo que fue indicado dar de alta con precisas recomendaciones.

En todo caso, el historial clínico refleja la atención médica adecuada, escalonada y eficiente, que tuvo como resultado la evidente mejoría del paciente.

AL HECHO 16: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, es menester señalar que la atención prestada en la Clínica Uros S.A. fue integral. En ese sentido, la Clínica Uros S.A. actuó con la debida diligencia y

cuidado poniendo a disposición del paciente todo el equipo humano y tecnológico necesario para diagnosticar la patología que le producía el dolor abdominal y tratar su anemia y desnutrición crónica. Nótese que el 14 de abril cuando fue dado de alta ello se debió a que su estado físico mejoró y los dolores cedieron y que, aun así, el alta fue dada con varias recomendaciones a seguir entre las que se encuentran recomendaciones dietarias para tratar sus hemorroides ya que, a las personas diagnosticadas con dichas patologías se les recomienda una dieta rica en fibra. . Es decir, el tratamiento impartido por la Clínica fue el indicado para obtener la mejoría del paciente, quien en virtud de la lex artis ad-hoc mostro un notable bienestar, por lo que fue indicado dar de alta con precisas recomendaciones.

AL HECHO 17: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, en la historia clínica del paciente de la ESE Hospital María Inmaculada se puede evidenciar que al paciente se le dio una atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la desnutrición severa y para el estudio inicial del dolor abdominal crónico que eran las patologías que el paciente presentaba desde hacía meses.

En ese sentido, se dio un manejo adecuado para la desnutrición severa con una dieta diseñada por el servicio de nutrición idónea a los requerimientos del paciente y se tomaron exámenes de laboratorio y de imágenes disponibles, es decir, con los equipos tecnológicos de los que disponía el hospital, con el fin de determinar la causa del dolor abdominal. Fue tan diligente y cuidadosa la atención brindada al paciente que, ante la no mejoría del mismo, el médico tratante consideró que necesitaba estudios adicionales que no podía ser realizados en esa institución hospitalaria por no contar con los equipos necesarios y por tanto ordenó la remisión del señor Monje Fierro a un centro de atención médica de mayor nivel.

No obstante, antes de determinar que era necesaria la remisión a un centro asistencial de mayor complejidad, como consecuencia de la diligente atención al paciente, le fueron diagnosticadas sendas enfermedades, que representan una relevancia superior y que sumado al mal estado de salud y falta de adherencia al tratamiento terminaron por generar su fallecimiento. Al paciente le fueron diagnosticadas las enfermedades de:

- Síndrome de alteración de la consciencia
- Estupor
- Síndrome constitucional
- Dolor abdominal crónico
- Antecedente de trauma cerrado de abdomen.

El Hospital María Inmaculada fue totalmente diligente y expedito en la atención al paciente, teniendo en cuenta que de manera inmediata generó ordenes de realización de paraclínicos, interconsultas, plan de manejo y suministro de medicamentos tal como se observa en la historia clínica. Sin embargo, a lo largo de las anotaciones se fueron dejando registros del mal estado de salud y falta de respuesta y adherencia a los medicamentos y conjunto de atenciones médicas suministradas al paciente, que pese a ser abundantes en número, cantidad y sin restricción de profesionales de la salud, no fueron suficientes para lograr la mejoría del paciente. Siendo preciso resaltar el cumplimiento de sus obligaciones galénicas de medio.

En tal virtud, a lo largo de la historia clínica se dejó registro del decreciente estado de salud del paciente, quien, pese a mejorar en el sentido de estar estabilizado no registró mejoría, y se documentó de la siguiente manera:

- **Motivo de consulta 15 de junio de 2017:** “Me siento muy débil, tengo los pies hinchados, dolor en el estómago, sufrí un accidente hace 5 meses.”
- **Examen físico de Ingreso:** “TA 123/72; FC 110; FR 18; T° 35.8; SpO2 94%; Peso 55 kg; Talla 1.81 cm; (IMC: 16,79). Luce crónicamente enfermo, emaciado. Cabeza: Hipotrofia del temporal. Tinte grisáceo de la piel, áreas de alopecia difusa. Tórax: Simétrico normoexpansible, ruidos respiratorios con hipoventilación bibasal, sin agregados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Abdomen: levemente distendido depresible, doloroso a la palpación difusa, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: Edema grado II en miembros inferiores, miembros superiores hipotróficos.”
- **Impresión diagnóstica de ingreso:** “Otros dolores abdominales y los no especificados; Edema no especificado; Pérdida anormal de peso”.
- **Análisis del paciente:** “Paciente con historia clínica anotada y en el momento con anemia, astenia y adinamia. Cuadro de desnutrición proteicocalórica, con hipoalbuminemia e hipoproteinemia, transaminasas conservadas, fosfatasa alcalina elevada. Hay además anemia microcítica e hipocrómica. Los signos vitales se conservan, no encuentro en el momento signos de irritación peritoneal. Se indica manejo con albúmina, transfusión de 3 unidades de GRE, pendiente parcial de orina, coproscópico, e imágenes. Se espera valoración por medicina interna.”

- **Valoración de medicina interna:** “Paciente masculino de 25 años de edad en su día 3 de hospitalización con diagnósticos de: 1. síndrome constitucional, 2. pancitopenia leve en estudio, 3. desnutrición proteico-calórica. Refiere dolor abdominal difuso de intensidad 4/10, náuseas, persisten las deposiciones líquidas, diuresis escasa, tolerando la vía oral, sin fiebre.”
- **Deterioro del paciente:** “Paciente en la unidad, en compañía de su esposa, refiere que el paciente al despertar no la reconoce y tiene movimientos como de contracción en las piernas y no le responde verbalmente, desde hace como 2 horas. No hay fiebre. No dificultad respiratoria. No vómito. No diarrea.
- **Análisis del paciente:** Paciente con deterioro del nivel de consciencia con estupor y sin protección de la vía aérea, por lo cual se decide intubación orotraqueal, ventilación mecánica, remisión a UCI, valoración por cirugía general.
- **Registro deterioro del paciente:** “Paciente bajo sedación, intubado bajo ventilación mecánica asistida”.

Pese al conjunto de atenciones en salud, el deterioro del estado de salud del paciente fue tal que, se requirió remisión a un centro asistencial de mayor nivel de complejidad, para dar continuidad a su estabilización y cuadros de salud.

AL HECHO 18: Parcialmente cierto, en tanto se relacionan parcialmente un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias.

AL HECHO 19: No es un hecho, constituye la transcripción de un aparte de la historia clínica, frente a la cual nos atenemos a su literalidad. Sin embargo, se debe decir que lo indicado en el historial clínico, es el reflejo de un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias.

AL HECHO 20: Parcialmente cierto, en tanto se relacionan parcialmente un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias.

AL HECHO 21: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, en el hecho se hace alusión un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias.

AL HECHO 22: No es un hecho, constituye la transcripción de un aparte de la historia clínica, frente a la cual nos atenemos a su literalidad. Sin embargo, se debe decir que lo indicado en el historial clínico, es el reflejo de un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias.

AL HECHO 23: No es un hecho, constituye la transcripción de un aparte de la historia clínica, frente a la cual nos atenemos a su literalidad. Sin embargo, se debe decir que lo indicado en el historial clínico, es el reflejo de un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias.

AL HECHO 24: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, en el hecho se hace alusión un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias.

AL HECHO 25: No es un hecho, constituye la transcripción de un aparte de la historia clínica, frente a la cual nos atenemos a su literalidad. Sin embargo, se debe decir que lo indicado en el historial clínico, es el reflejo de un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias

AL HECHO 26: No es un hecho, constituye una alusión a la historia clínica, frente a la cual nos atenemos a su literalidad. Sin embargo, se debe decir que lo indicado en el historial clínico, es el reflejo de un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias

AL HECHO 27: No es un hecho, constituye la transcripción de un aparte de la historia clínica, frente a la cual nos atenemos a su literalidad. Sin embargo, se debe decir que lo indicado en el historial clínico, es el reflejo de un conjunto de atenciones efectuadas por el personal asistencial del Hospital, María Inmaculada, que son reflejo de la atención oportuna y diligente de acuerdo con los protocolos de manejo para la sintomatología que presentaba el paciente al momento de su atención en el servicio de urgencias

AL HECHO 28: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 29: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 30: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin

perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 31: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 32: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 33: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 34: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 35: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 36: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, no tiene en cuenta el demandante las características propias de la tuberculosis extrapulmonar. Debe decirse que la tuberculosis extrapulmonar, es decir, la que se desarrolla en otros órganos del cuerpo humano diferentes al pulmón como es el caso concreto, es rara y difícil de diagnosticar. Ello puede verificarse con la lectura de literatura médica sobre el particular. En ese sentido, la revista Horizonte Médico de Lima, Perú, publicó un artículo científico en el cual indica:

“La tuberculosis gastrointestinal, es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico, que se encuentra asociada a diversos factores sociales, económicos, así como el estado de salud de quien la padece.

(...)

*La afectación gastrointestinal de la tuberculosis intestinal tiene baja incidencia, siendo el sexto lugar de mayor compromiso. **Los signos y síntomas que manifiesta el paciente no son específicos y con frecuencia sucede que el personal de salud sospecha y enfoca primero otras patologías que tienen mayor prevalencia**”*¹ (negrilla y subrayado fuera del texto original)

Lo anterior tiene vital importancia en el caso en concreto pues, del estudio de las historias clínicas en su conjunto se puede evidenciar las múltiples sospechas diagnósticas efectuadas por los médicos antes de llegar a la tuberculosis. Esta situación acontece debido a que, los síntomas de esta enfermedad son comunes a las de otras patologías que son mucho más frecuentes, en ese sentido, al ser la tuberculosis una enfermedad poco frecuente y de difícil diagnóstico se inicia descartando otras patologías más frecuentes hasta llegar a las más remotas y de improbable ocurrencia. Todo este procedimiento se ajusta totalmente a la lex artis debido a la baja incidencia de la enfermedad.

¹ Tuberculosis intestinal, un reto diagnóstico: a propósito de un caso. Juan Pablo Villamizar, Manuel Fernando Solano Álvarez, Johan Sebastián Sepúlveda, Silvia Tatiana González, Yardany Rafael Mendez. Revista Horizonte médico. El artículo puede encontrarse en el siguiente link: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000200013#:~:text=La%20tuberculosis%20gastrointestinal%2C%20es%20una,salud%20de%20quien%20la%20padece.

De la lectura de la historia clínica del paciente que aportaron las diferentes instituciones médicas demandadas en el proceso en marras e incluso con el mismo relato de los hechos que hizo la parte Demandante se puede afirmar que no hubo falla en el servicio por la falta de un diagnóstico certero pues, las historias clínicas dan cuenta que al occiso se le hicieron múltiples exámenes a lo largo de la atención en los diferentes centros de salud con el fin de descartar múltiples patologías, un ejemplo de ellos fue e diagnóstico de pancreatitis que en esencia comparte síntomas como:

“dolor abdominal, sensibilidad al tocar el abdomen, náuseas, vómitos, pérdida de peso sin intentarlo, dolor abdominal que empeora después de comer, heces aceitosas y con olor fétido”²

Visto lo anterior, es menester señalar apartes de las historias clínicas donde se describen dichos síntomas:

| FECHA | MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL |
|------------|---|
| 2017-04-08 | <p>21:14 OSCAR.GONZALEZ - OSCAR ALBERTO GONZALEZ FLOREZ</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : VIENE REMITIDO DE CORPOMEDICA. FLORENCIA - CAQUETA.</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE QUE ES TRAIDO EN AMBULANCIA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA Y FAMILIAR, REMITIDO DE CORPOMEDICA. FLORENCIA - CAQUETA, REFIERE CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION DADO POR DOLOR A NIVEL DE FOSA ILIACA DERECHA, VARIABLE EN INTENSIDAD, INICIALMENTE SE ACOMPAÑO DE NAUSEAS, VOMITOS Y DEPOSICIONES LIQUIDAS, NIEGA OTROS SINTOMAS. TRAE REPORTE DE TAC S Y C DE ABDOMEN QUE REPORTA HALLAZGOS SUGESTIVOS DE VOLVULO DEL SIGMOIDES CON SIGNO DE SUFRIMIENTO DE ASA, ADENOPATIAS INTRA Y RETROPERITONEALES.</p> |

Documento: Historia clínica, Clínica Uros S.A.

| | |
|--------------------------------|---|
| SERVICIO DE INGRESO: | URGENCIA |
| SERVICIO DE EGRESO: | SALIDA |
| INFORMACIÓN DE INGRESO: | |
| NOTA DE INGRESO: | DOLOR ABDOMINAL |
| CASO ESPECIAL: | NINGUNA |
| ESTADO DE INGRESO: | CONCIENTE |
| MOTIVO DE LA CONSULTA: | DOLOR ABDOMINAL |
| ENFERMEDAD ACTUAL: | PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 15 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN MESOGASTRIO DE TIPO COLICO DE GRAN INTENSIDAD ACOMPAÑADO DE DISTENSION ABDOMINAL, NAUSEA Y VOMITO. NIEGA FIEBRE, NIEGA DIARREA. REFIERE QUE HACE 1 MES SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTANDO TRAUMA ABDOMINAL POR LO CUAL ESTUVO HOSPITALIZADO. |
| DESTINO DEL PACIENTE: | OBSERVACIÓN |

Documento: Historia clínica, Corporación Médica del Caquetá.

² Pacreatitis, Mayoclinic.org.

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: ME SIENTO MUY DÉBIL, TENGO LOS PIES HINCHADOS DOLOR E EL ESTÓMAGO, SUFRI UN ACCIDENTE HACE 5 MESES.

Enfermedad Actual: PACIENTE CON CAUDRO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL INTERMITENTE, ASOCIADO A DIARREA CONTINUA SIN SANGRE NI MOCO, SIN VÓMITO NI FIEBRE, ADEMÁS PERDIDA DE PESO PROGRESIVA DE PESO DESDE HACE 5 MESES, ASTENIA, ADINAMIA, DETERIORO DE LA CLASE FUNCIONAL. PACIENTE ASOCIADO AL CAUDRO A ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA ABDOMINAL CERADO POR EL CAUL LE REALIZARON LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA ENCONTRANDO HEMOPERITONEO COAGULADOS Y MÚLTIPLES ADHERENCIAS EN ENERO DE ESTE AÑO, CONTUO NUEVAMENTE EN ABRIL POR RECURRENCIA DEL DOLOR SIENDO REMITIDO A TERCER NIVEL DONDE DESCARTAN VÓLVULO, DAN EGRESO, SIN EMBARGO EL PACIENTE HA PERSISTIDO CON LA SINTOMATOLOGÍA DESCRITA CON EXACERBACIÓN DESDE HACE 15 DÍAS.

Documento: Historia clínica, E.S.E Hospital María Inmaculada.

De los fragmentos de las historias clínicas anteriores, se subraya que, si se contrastan la sintomatología de la tuberculosis extrapulmonar con los de la pancreatitis estos son los mismos, con la diferencia de que esta última es la enfermedad pancreática más frecuente del mundo³. En ese sentido, durante la etapa diagnóstica, los profesionales de la salud empiezan a descartar patologías, iniciando por la más frecuente hasta terminar en la de menor incidencia. Lo anterior, como se viene exponiendo, es acorde con la *lex artis* debido a que la tuberculosis extrapulmonar comparte síntomas con otras enfermedades comunes.

AL HECHO 37: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, lo dicho en este hecho carece de sustento probatorio útil, conducente y pertinente como quiera que la parte Demandante no aportó prueba si quiera sumaria que permita acreditar: (i) que el señor Monje Fierro se encontraba empleado o desarrollaba alguna actividad económica antes de su deceso, (ii) que como consecuencia del desarrollo de esa actividad económica tuviera unos ingresos y el valor mensual de los mismos y (iii) que los demandantes dependiera económicamente de su familiar mientras este estuvo con vida.

AL HECHO 38: NO ES UN HECHO, es una apreciación de carácter subjetivo realizada por la parte actora tendiente a respaldar su afirmación de que se le causaron una serie de daños morales a la familia del señor Monje Fierro como consecuencia de su muerte.

³ Características clínicas de la pancreatitis aguda en México. Revista de gastroenterología de México. Se puede encontrar en el siguiente link: [http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-caracteristicas-clinicas-pancreatitis-aguda-mexico-articulo-S0375090612001127#:~:text=La%20pancreatitis%20aguda%20\(PA\)%20es,frecuencia%20de%20litiasis%20biliar3](http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-caracteristicas-clinicas-pancreatitis-aguda-mexico-articulo-S0375090612001127#:~:text=La%20pancreatitis%20aguda%20(PA)%20es,frecuencia%20de%20litiasis%20biliar3).
Página 14 de 92

AL HECHO 39: Esto no es un hecho, es una manifestación de la voluntad de los demandantes que solo está llamada a ser reconocida o por el contrario rechazada a criterio del juez en observancia de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico nacional.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. Como quiera que al hacer la narración de los supuestos hechos se pretende imputar una supuesta responsabilidad administrativa, la cual como se establecerá dentro del proceso, no se estructuró. Toda vez que en estos casos impera el principio de la carga de la prueba tanto de la supuesta culpa o falla del servicio, como del daño, de la cuantía del supuesto detrimento y el nexo de causalidad entre uno y el otro.

OPOSICIÓN FRENTE A TODAS LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSION 1: ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad extracontractual y patrimonial de la parte pasiva de la demanda, especialmente del ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros por el fallecimiento del señor Jesús Fernando Monje Fierro ocurrida el 22 de junio de 2017, por las siguientes razones:

En primer lugar, no procede declaratoria de responsabilidad alguna como quiera que según se observa en las Historias Clínicas emitidas por la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros, dichos centros médicos actuaron en todo momento según lo ordenado por la literatura médica y la lex artis durante toda la atención recibida por el señor Monje Fierro. Así como también, obró con debida diligencia y cuidado por cuanto se le ordenaron todos los exámenes disponibles en cada una de las entidades de salud involucradas y se propugnó por lograr un diagnóstico certero de la causa de su dolor, sin embargo, como se ha venido relatando, la enfermedad que aquejaba al occiso era extremadamente rara y difícil de diagnosticar. Es decir, que todas las pruebas obrantes en el proceso, incluidas las historias clínicas, reflejan que en ningún momento existió negligencia médica, ni mucho menos error Diagnóstico o alguna otra conducta que indicara una prestación deficiente del servicio médico. Puesto que lejos de evidenciar una presunta negligencia, lo que se vislumbra en este proceso es una clara diligencia en la atención adecuada y oportuna en la prestación del servicio de salud del señor Monje Fierro

En segundo lugar, porque en este caso no se encuentra prueba o elemento de juicio que demuestre la existencia de un nexo de causalidad entre el fallecimiento de Jesús Fernando Monje Fierro y la conducta de la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros, pues la atención hospitalaria se realizó en debida forma y según lo indicado por la literatura médica. Así como la atención, tratamiento y demás servicios prodigados a la paciente en la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros, estuvieron ajustados a la literatura médica y se practicaron de forma oportuna, perita y diligente. Razón por la cual, no existe ninguna negligencia en el servicio médico prestado al señor Monje Fierro

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSION 2. ME OPONGO a todos los perjuicios solicitados por la parte Demandante, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a la anterior pretensión y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente extremo pasivo. Concretamente me opongo así:

- **Oposición frente al DAÑO MORAL**

ME OPONGO a la solicitud de daño moral alguna como quiera que, según se observa en las Historias Clínicas emitidas por la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros, dichos centros médicos actuaron en todo momento según lo ordenado por la literatura médica y la lex artis durante toda la atención recibida por el señor Monje Fierro. Así como también, obró con debida diligencia y cuidado por cuanto se le ordenaron todos los exámenes disponibles en cada una de las entidades de salud involucradas y se propugnó por lograr un diagnóstico certero de la causa de su dolor, sin embargo, como se ha venido relatando, la enfermedad que aquejaba al occiso era extremadamente rara y difícil de diagnosticar además, en este caso no se encuentra prueba o elemento de juicio que demuestre la existencia de un nexo de causalidad entre el fallecimiento de Jesús Fernando Monje Fierro y la conducta de la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros, pues la atención hospitalaria se realizó en debida forma y según lo indicado por la literatura médica. Por lo tanto, al no configurarse los elementos de la responsabilidad en cabeza de las entidades demandadas no se ha causado ningún daño por el cual se pueda ordenar el pago de suma alguna de dinero.

- **Oposición frente al DAÑO A LOS BIENES CONSTITUCIONALES**

ME OPONGO ya que, en primer lugar, no se acreditan los elementos de la responsabilidad en cabeza del extremo demandado, particularmente de la ESE Hospital María Inmaculada y la Clínica Uros S.A. En segundo lugar, no hay lugar al reconocimiento de ninguna indemnización pecuniaria, toda vez que este es considerado como un daño que se repara principalmente a través de medidas de carácter no pecuniario. En tal virtud, lo que se

Página 10 de 92

imponen ante su reconocimiento son medidas de restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

- **Oposición frente al LUCRO CESANTE**

ME OPONGO a la solicitud de perjuicios por Lucro Cesante, puesto que en el presente asunto es improcedente el reconocimiento de dicho supuesto perjuicio solicitado por la parte Demandante. Lo anterior, como quiera que la parte Demandante no aportó prueba si quiera sumaria que permita acreditar: (i) que el señor Monje Fierro se encontraba empleado o desarrollaba alguna actividad económica antes de su deceso, ello por cuanto su contrato de prestación de servicios feneció el 29 de diciembre de 2016 y no se allegó constancia de renovación del mismo (ii) que como consecuencia del desarrollo de esa actividad económica tuviera unos ingresos y el valor mensual de los mismos y (iii) que la demandante, la señora Ninfa Monje Fierro dependiera económicamente de su hijo mientras este estuvo con vida, no puede el despacho reconocer ninguna suma por este concepto. Por todo lo anterior, al no probarse los tres elementos mínimos para acreditar el lucro cesante cuando la víctima ha fallecido, es totalmente improcedente reconocer ningún emolumento por este concepto.

ME OPONGO ya que, en primer lugar, no se acreditan los elementos de la responsabilidad en cabeza del extremo demandado, particularmente de la ESE Hospital María Inmaculada y la Clínica Uros S.A. En segundo lugar, no hay lugar al reconocimiento de ninguna indemnización pecuniaria, toda vez que este es considerado como un daño que se repara principalmente a través de medidas de carácter no pecuniario. En tal virtud, lo que se imponen ante su reconocimiento son medidas de restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIENES FORMULARON LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EN CONTRA DE MI REPRESENTADA.

Coadyuvo las excepciones propuestas por la ESE Hospital María Inmaculada y la Clínica Uros S.A., sólo en cuanto las mismas no perjudiquen los intereses de mi representada y bajo ese mismo tenor formulo las siguientes:

2. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA COMO CONSECUENCIA DE LA PRESTACIÓN Y TRATAMIENTO ADECUADO, DILIGENTE, CUIDADOSO, CARENTE DE CULPA Y

Página 17 de 92

REALIZADO CONFORME A LOS PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE SALUD POR PARTE DE LA ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA Y LA CLÍNICA UROS S.A.

En el caso objeto de estudio, no se configura una falla médica y por el contrario con el material probatorio allegado al plenario se prueba que las actuaciones de la Clínica Uros S.A. y el Hospital María Inmaculada fue diligente, carente de culpa y realizado conforme a los protocolos del servicio de salud toda vez que, en ambas instituciones se practicaron exámenes dirigidos a diagnosticar la patología y el paciente fue evaluado por un conjunto interdisciplinario de médicos que tal como lo dice la lex artis descartaron una a una todas las posibles causas de los dolores padecidos por el señor Monje Fierro, desde la más frecuente hasta la más extraña. En ese sentido, teniendo en cuenta que la tuberculosis extrapulmonar es muy poco frecuente y de difícil diagnóstico, no incurrió el personal de salud en ninguna conducta contraria a la lex artis pues se actuó conforme a los protocolos médicos establecidos.

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

El anterior argumento ha sido recogido en una diversidad de providencias provenientes de las altas Cortes. En este sentido, éstas han explicado en una multiplicidad de ocasiones que, al ser las obligaciones de los médicos obligaciones de medio, el hecho de demostrar debida diligencia en los servicios de salud suministrados los exonera de cualquier pretensión indemnizatoria. Es importante tener en cuenta la siguiente sentencia de la Corte Constitucional, en donde se expone lo dicho de la siguiente forma:

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál*

es la responsabilidad médica⁴.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se refirió en el mismo sentido al decir:

“Si bien **las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales. Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el derecho a la vida”¹⁵. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así mismo, el Consejo de Estado, en sentencia del 13 de noviembre de 2014, se pronunció en de la siguiente forma:

“(…) En este primer momento, se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, **al comportar la actividad médica una obligación de medio**, de la sola existencia del daño no había lugar apresumir la falla del servicio.”¹⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, ahora resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, el Consejo de Estado ha sido claro al establecer:

“(…) En otras palabras, demostrado como está en el sub júdece **que el servicio se desarrolló diligentemente**; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, **la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad**, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en

⁴ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, MP. Alejandro Martínez Caballero.

este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño (...)”⁵

(...)

*(...) se limita a **demostrar que su conducta fue diligente** y que el daño sufrido por la víctima no fue producto de inatención o de atención inadecuada; ello implica, finalmente, deducir que el riesgo propio de la intervención médica, que no permiten que sobre ella se configure una obligación de resultado, se presentaron y fueron los causantes del daño. Por tal razón, se ha dicho que la prueba de la ausencia de culpa no puede ser nunca en realidad una prueba perfecta, en la medida en que lo que se evidencia, mediante la demostración de la diligencia y el adecuado cumplimiento de las obligaciones en la entidad médica, **es simplemente que el daño no ha tenido origen en su falla**, sin que tenga que demostrarse exactamente cuál fue la causa del daño recibido por el paciente, pues si se exigiera esta última demostración, se estaría pidiendo la demostración de una causa extraña, que es la causal de exoneración propia de los regímenes objetivos de responsabilidad.⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De forma similar, la Corte Suprema de Justicia expuso que:

*“**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 prudencia⁷”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia de la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros S.A., es menester precisar el contenido obligacional al que

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de abril de 1997. CP. Carlos Betancourt Jaramillo, Expediente 9467.

⁶ Ibidem.

⁷ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01.

están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. *<Artículo modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.*
(Subrayado y negrilla fuera de texto)

Conforme a lo precitado, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de la Institución médica. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es **(i)** La falla, **(ii)** El daño antijurídico y **(iii)** El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, lejos de probar el error médico y los tres aspectos anotados con anterioridad, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la atención médica brindada por la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros S.A. se sujetó a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud al señor Jesús Fernando Monje Fierro.

Visto lo anterior, para exponer de forma idónea las razones por las cuales las instituciones médicas a saber, la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros S.A. actuaron con la debida diligencia y cuidado durante la atención médica prestada al señor Jesús Fernando Monje Fierro se procederá a dividir en dos la presente excepción así:

(i) Debida diligencia y cuidado en la atención prestada por la Clínica Uros S.A.


Es menester señalar que la Clínica Uros S.A. actuó con la debida diligencia y ceñida a lo que dicta la Lex Artis toda vez que, una vez el paciente fue recibido por el servicio de urgencias, se hace una valoración inmediata de su estado de salud y a partir de allí, se traza un plan de atención que permitió al paciente mostrar una mejoría la cuál se vio

reflejada en el alta dada por el médico tratante con algunas recomendaciones. En ese sentido, es necesario manifestar que a su llegada a la clínica lo primero que hicieron los profesionales de la salud encargados de su atención fue efectuar un examen físico el cual arrojó que el paciente estaba en “aceptables condiciones generales, afebril, hidratado” tal como se puede observar a continuación:

| EXAMEN FISICO/MENTAL | | |
|-------------------------------|------------|--|
| USUARIO | FECHA | |
| OSCAR ALBERTO GONZALEZ FLOREZ | 2017-04-08 | |
| TIPO SISTEMA | VALORACION | HALLAZGO |
| Estado General | NORMAL | ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO |
| Cabeza y cuello | ANORMAL | CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR NO SE OBSERVAN MASAS, CUELLO SIMETRICO |
| Cardio Pulmonar | NORMAL | TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. |
| Abdomen | ANORMAL | BLANDO, DOLOROSO A LA PALPACION A NIVEL DE FLANCO Y FOSA ILIACA DERECHAS, SIN MASAS, NO MEGALIAS, NO REACCION PERITONEAL. |
| Extremidades | NORMAL | EUTROFICAS ADECUADA PERFUSION DISTAL, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, SIN EDEMA, PULSOS DISTALES PALPABLES, |
| Genito:urinario | NORMAL | SIN ALTERACIONES ESTRUCTURALES, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIRUGADOS |
| Piel y Faneras | NORMAL | SIN ALTERACIONES |
| Neurologico | NORMAL | SIN DEFICIT SENSITIVO- MOTOR, GLASGOW 15/15, |

Lo anterior es sumamente importante en la medida que, la atención fue acorde con su estado de salud al ingreso a la institución médica pues, tal como lo afirma el demandante en los hechos y como se puede constatar en la historia clínica, al paciente se le ordenaron una serie de exámenes tendientes a garantizar la adecuada atención en salud entre los cuales se encuentran un tac de abdomen, además se recetan una serie de medicamentos para aliviar la sintomatología por la cual ingresó y se ordena su hospitalización. Lo expuesto, se puede constatar a continuación:

PLAN: HOSPITALIZAR
NADA VIA ORAL.
SSN 0.9 % 100 CC IV /HORA.
HIOSCINA + DIPIRONA 1 AMP IV CADA 8 HORAS.
RANITIDINA 50 MG IV CADA 8 HORAS
METOCLOPRAMIDA 10MG IV CADA 8 HORAS
SE SOLICITA HEMOGRAMA DE CONTROL MAÑANA A LAS 5AM
SE SOLICITA TAC DE ABDOMEN SYC
CSV/AC.


Profesional: JOHN ERIC WILLIAMSON LIZCANO
CC - 7732361 - T.P 543/2009

Luego de la primera atención, los siguientes días se mantuvo el tratamiento interrumpido, diariamente se realizaban exámenes físicos para monitorear la evolución del paciente con el fin de direccionar el tratamiento de manera idónea para lograr su recuperación. El señor Jesús Fernando Monje Fierro estuvo hospitalizado durante 5 días en los cuales se monitoreó de cerca su estado de salud, se le brindó tratamiento y se le hicieron diferentes exámenes con el fin de diagnosticar la patología que lo aquejaba. Los médicos tratantes dejaron consignada la evolución del paciente en la historia clínica que pasó de “aceptable estado general” a buen estado general como se puede observar en las siguientes imágenes tomadas de la historia clínica aportada por la Clínica Uros:

Día 1 de atención:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
DOLOR ABDOMINAL CRONICO
ANTECEDENTE DE TRAUMA ABDOMINAL

S/ PACIENTE QUIEN REFIERE PERSISTENCIA DEL DOLOR ABDOMINAL SIN OTRO SINTOMA EN EL MOMENTO

H. OBJETIVO: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE ALERTA AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE SIRS

Día 2 de atención:

13:12 SERVICIO: URGENCIAS
JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - ESPECIALIDAD: CIRUJANO GENERAL

H. SUBJETIVO: EVOLUCION CIRUGIA GENERAL

PACIENTE QUIEN CURSA CON DIAGNOSTICOS DE:
DOLOR ABDOMINAL CRONICO
ANTECEDENTE DE TRAUMA ABDOMINAL
- VOLVULUS DE SIGMOIDES?

PACIENTE QUIEN REFIERE DISTENSION ABDOMINAL EJORIA DE DOLOR ABDOMINAL, NIEGA PICOS FEBRILES, NO EMESIS

H. OBJETIVO: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE ALERTA AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE SIRS

23:29 SERVICIO: URGENCIAS
NANCY MARIA GIL JORDAN - ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL

H. SUBJETIVO: EVOLUCION CIRUGIA GENERAL
NOTA MEDICINA GENERAL NOCHE

PACIENTE QUIEN CURSA CON DIAGNOSTICOS DE:
DOLOR ABDOMINAL CRONICO
ANTECEDENTE DE TRAUMA ABDOMINAL
- VOLVULUS DE SIGMOIDES?

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN EL MOMENTO TRASFUSION DE TERCER UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS. NIEGA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO APARICION DE RASH, NO DOLOR TORACICO. PERSISTE DISTENSION ABDOMINAL.

H. OBJETIVO: INICIO DE PRIMERA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS: 6/15 PM
INICIO DE SEGUNDA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS: 8/45 PM
INICIO DE TERCERA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS: 11:00 PM
PACIENTE APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE ALERTA AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE SIRS

Atención día 3:

08:31 **SERVICIO: URGENCIAS**
JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - ESPECIALIDAD: CIRUJANO GENERAL
H. SUBJETIVO: EVOLUCION CIRUGIA GENERAL

EVOLUCION CIRUGIA GENERAL

PACIENTE QUIEN CURSA CON DIAGNOSTICOS DE:
DOLOR ABDOMINAL CRONICO
ANTECEDENTE DE TRAUMA ABDOMINAL
- VOLVULUS DE SIGMOIDES?
- NEFROLITIASIS NO OBSTRUCTIVA

EN EL MOMENTO PACIENTE QUIEN REFIERE MEJORIA DE DOLOR ABDOMINAL, DISMINUCION DE DISTENSION ABDOMINAL, DEPOSICIONES DIARREICAS, NIEGA PICOS FEBRILES U OTRO SINTOMA ASOCIADO.

H. OBJETIVO: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE ALERTA AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE SIRS

Atención día 4:

BUEN ESTADO GENERAL, NO DOLOR ABDOMIAL, NINGUN SINTOMA MAS ASOCIADO

H. OBJETIVO: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES

Atención día 5:

CONSOLIDADO DE EVOLUCIONES

10:54 **SERVICIO: URGENCIAS**
JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO - ESPECIALIDAD: CIRUJANO GENERAL
H. SUBJETIVO:
EVOLUCION CIRUGIA GENERAL

PACIENTE QUIEN CURSA CON DIAGNOSTICOS DE:
HEMORROIDES INTERNAS GRADO II/IV
ANTECEDENTE DE TRAUMA ABDOMINAL
- VOLVULUS DE SIGMOIDES DESCARTADO
- NEFROLITIASIS NO OBSTRUCTIVA

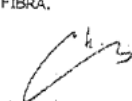
BUEN ESTADO GENERAL, NO DOLOR ABDOMIAL, NINGUN SINTOMA MAS ASOCIADO. NO DISTENSION ABDOMINAL

H. OBJETIVO: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES

PLAN: SALIDA

RECOMENDACIONES. PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ESTAR DE ACUERDO

CITA POR CIRUGIA GENERAL DR. JOSE HOLMAN CALDERON EN UN MES
BISACODILO UNA TABLETA EN LA NOCHE SI PRESENTA AUSENCIA DE DEPOSICIONES POR MAS DE TRES DIAS
BUTIL BROMURO DE HIOSCINA UNA TAB CADA 8 HORAS
HEMOGRAMA CONTROL LLEVAR RESULTADO A CONSULTA
DIETA BAJA EN LACTEROS, NO GRANOS, NO FRITOS NO GRASAS, NO PICANTE, NO BROCOLI O COLIFLOR, RICO EN FIBRA.


Jose Holman Calderon C.
CIRUGIA GENERAL
C.C. 7.722.105 R.M. 111

Profesional: JOSE HOLMAN CALDERON CASTRO
CC - 7722105. - T.P. 111

De lo visto anteriormente, se puede apreciar que el paciente tuvo una evolución positiva durante los días en que estuvo hospitalizado en la Clínica Uros lo que conlleva inequívocamente a afirmar que la atención médica fue la idónea pues, la decisión de darle el alta se debió al análisis objetivo hecho por el médico tratante el cual se basó en lo exámenes realizados al paciente y en el examen físico realizado a este, quien refirió que ya no tenía dolor abdominal. Por lo anterior, la Lex Artis indica que no es necesario mantener

a un paciente hospitalizado si su manejo puede hacerse de forma ambulatoria al no presentar ningún síntoma de alarma, es por ello que, como se puede observar en la última imagen, el médico tratante le da el alta, pero con ciertas indicaciones a seguir.

(i) **Debida diligencia y cuidado en la atención prestada por la E.S.E. Hospital María Inmaculada**

Lo primero que es necesario poner de presente es que el Hospital María Inmaculada es una institución hospitalaria de segundo nivel, en ese sentido, no tiene a su disposición las mismas herramientas tecnológicas ni de talento humano de otra institución de mayor nivel, por lo tanto, solo podrá estudiarse su responsabilidad teniendo en cuenta su capacidad de atención y la remisión que se efectuó a un centro de atención de mayor nivel con el fin de brindar una atención idónea al paciente. En ese sentido, al señor Jesús Fernando Monje Fierra se le prestó la atención médica y se le practicaron los procedimientos, tratamientos y exámenes pertinentes tal como lo describa la historia clínica en los apartes que se exponen a continuación:

| | | | |
|-----------------|---|--|----------|
| B05AA30 | | LACTATO DE RINGER SOLUCIÓN INYECTABLE X 500 ML | 4 |
| LABORATORIOS: | | | |
| Código Servicio | Servicio | | Cantidad |
| 902045 | TIEMPO DE PROTROMBINA [PT] (HMI) | | 1 |
| 902049 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT] (HMI) | | 1 |
| 902210 | HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECuento DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECuento DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO (HMI) | | 1 |
| 903813 | CLORO [CLORURO] (HMI) | | 1 |
| 903833 | FOSFATASA ALCALINA (HMI) | | 1 |
| 903841 | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | | 1 |
| 903856 | NITROGENO UREICO [BUN] (HMI) | | 1 |
| 903859 | POTASIO (HMI) | | 1 |
| 903864 | SODIO (HMI) | | 1 |
| 903866 | TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA [TGP-ALT] (HMI) | | 1 |
| 903867 | TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST] (HMI) | | 1 |
| 903895 | CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS (HMI) | | 1 |
| 906913 | PROTEINA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION (HMI) | | 1 |
| 907004 | COPROSCOPICO (HMI) | | 1 |
| 907106 | UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA (HMI) | | 1 |
| 90624901 | SIDA, ANTICUERPOS VIH 1 (HMI) | | 1 |
| 90624902 | SIDA, ANTICUERPOS VIH 2 (HMI) | | 1 |
| 901206 | COPROCULTIVO (HMI) | | 1 |
| 90380901 | BILIRRUBINA DIRECTA (HMI) | | 1 |
| 90380902 | BILIRRUBINA TOTAL (HMI) | | 1 |
| 903828 | DESHIDROGENASA LACTICA [LDH] (HMI) | | 1 |
| 903803 | ALBUMINA (HMI) | | 1 |
| 903863 | PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS (HMI) | | 1 |
| IMAGENES DX: | | | |
| Código Servicio | Servicio | | Cantidad |
| 871121 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO) | | 1 |
| 881302 | ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS (HMI) | | 1 |

Adicionalmente, también se solicitó servicio de interconsulta con el fin de que un especialista atendiera el caso de manera más especializad como se puede apreciar a continuación:

| INTERCONSULTAS: | |
|-----------------|---|
| Código Servicio | Servicio |
| 89040229 | INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA |

Por último, en la atención primaria efectuada por el médico general a su entrada a urgencias se decidió dejarlo en observación en urgencias con el fin de monitorear su evolución, tal como se puede observar a continuación:

| DESTINO |
|-----------------------------------|
| TRASLADAR A OBSERVACIÓN URGENCIAS |

Por todo lo anterior, no es posible para la parte demandante argüir la existencia de un error en el diagnóstico médico, la existencia de negligencia o incumplimiento a los protocolos médicos ya que, de la revisión de la historia clínica se puede constatar que toda la atención prestada se ciñó estrictamente a la lex artis. Lo anterior encuentra respaldo en los hechos narrados en el escrito de la demanda en el cual afirma, el apoderado del extremo activo, el Hospital María Inmaculada ordenó su remisión a un centro asistencial de mayor nivel al ver la imposibilidad de tratar su patología de forma adecuada con los elementos con que contaba dicha institución.

Por todo lo anterior, no le es posible al honorable despacho endilgar responsabilidad alguna al Hospital María Inmaculada por cuanto, la atención prestada fue la idónea para tratar la patología del paciente a saber, la desnutrición severa y se hizo el estudio inicial del origen del dolor abdominal crónico, sin embargo, al ver el deterioro del paciente, actuando con diligencia y cuidado, decidió la institución que la mejor posibilidad para el paciente de recuperar su salud era trasladándolo a un centro asistencial en el que se pudieran hacer mas estudios que permitieran diagnosticar la causa del dolor abdominal crónico. Así pues, al haber actuado conforme a la lex artis no se le puede endilgar falta alguna a la debida diligencia y cuidado.

Así pues, no le sería dable al honorable despacho endilgar responsabilidad alguna a la Clínica Uros S.A. ni a la E.S.E. Hospital María Inmaculada cuando estas actuaron con la debida diligencia y cuidado, conforme a la Lex Artis, otorgando atención de la más alta calidad, viéndose esta reflejada en que los centros de salud no escatimaron en utilizar los recursos a su disposición para otorgar el mejor tratamiento tendiente a aliviar la

sintomatología del paciente. Por lo anterior, es claro que la Clínica Uros S.A. y la E.S.E Hospital María Inmaculada actuaron con la debida diligencia y cuidado y por tanto no podrá endilgársele responsabilidad alguna.

Dicho lo anterior, debe advertirse desde ya que a la Clínica Uros S.A. y a la E.S.E Hospital María Inmaculada no le es atribuible responsabilidad médica, ni de ningún tipo en este caso concreto, por las razones que procedo a exponer. Se colige de la Demanda, que la parte Demandante fundamenta una supuesta responsabilidad de las instituciones médicas por considerar que éstas no hicieron un diagnóstico certero que permitiera iniciar un tratamiento para la patología en específico, sin embargo, no tiene en cuenta el demandante las características propias de la tuberculosis extrapulmonar. Debe decirse que la tuberculosis extrapulmonar, es decir, la que se desarrolla en otros órganos del cuerpo humano diferentes al pulmón como es el caso concreto, es rara y difícil de diagnosticar. Ello puede verificarse con la lectura de literatura médica sobre el particular. En ese sentido, la revista Horizonte Médico de Lima, Perú, publicó un artículo científico en el cual indica:

“La tuberculosis gastrointestinal, es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico, que se encuentra asociada a diversos factores sociales, económicos, así como el estado de salud de quien la padece.

(...)

*La afectación gastrointestinal de la tuberculosis intestinal tiene baja incidencia, siendo el sexto lugar de mayor compromiso. **Los signos y síntomas que manifiesta el paciente no son específicos y con frecuencia sucede que el personal de salud sospecha y enfoca primero otras patologías que tienen mayor prevalencia**”⁸(negrilla y subrayado fuera del texto original)*

Esa misma publicación en otro aparte indica lo extraña que es esta patología señalando:

*“El Sistema de Salud Colombia cuenta con una red de vigilancia epidemiológica llamado SILVIGILA, en el cual se **reportó para el año 2014 la suma de 12.720 casos de tuberculosis en todo el país, de los cuales 403 casos eran tuberculosis extrapulmonar** y 302 casos eran*

⁸ Tuberculosis intestinal, un reto diagnóstico: a propósito de un caso. Juan Pablo Villamizar, Manuel Fernando Solano Álvarez, Johan Sebastián Sepúlveda, Silvia Tatiana González, Yardany Rafael Mendez. Revista Horizonte médico. El artículo puede encontrarse en el siguiente link: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000200013#:~:text=La%20tuberculosis%20gastrointestinal%2C%20es%20una,salud%20de%20quien%20la%20padece.

multidrogoresistentes, sin embargo, se estima que aproximadamente un 20% de los pacientes con tuberculosis no fueron diagnosticados”⁹
(negrilla y subrayado fuera del texto original)

En otro aparte del mismo texto se especifica:

“El diagnóstico de la TBC no es fácil, ya que tiende a confundirse con neoplasia, por lo que es importante conocer la presentación clínica de estos casos para poder identificarlos en la práctica clínica (17). En Colombia el diagnóstico de TBC intestinal se realiza con los lineamientos consignados en las Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública, del ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, los cuales se basan en signos y síntomas como pérdida de peso, fiebre, astenia, dolor abdominal crónico y ascitis. Sin embargo, al ser estos un espectro de signos y síntomas inespecíficos se requiere el uso de técnicas diagnósticas invasivas como la laparoscopia con biopsia peritoneal. Se considera como prueba diagnóstica confirmatoria el cultivo del bacilo de una muestra de biopsia (18). La sintomatología inespecífica de TBC intestinal obliga a descartar otras enfermedades inflamatorias intra-abdominales como: colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, parasitosis intestinales como amebiasis, giardiasis, estrongiloidiasis, linfoma intestinal y neoplasia maligna intestinal”¹⁰
(negrilla y subrayado fuera del texto original)

Lo anterior tiene vital importancia en el caso en concreto pues, del estudio de las historias clínicas en su conjunto se puede evidenciar las múltiples sospechas diagnósticas efectuadas por lo médicos antes de llegar a la tuberculosis. Esta situación acontece debido a que, los síntomas de esta enfermedad son comunes a las de otras patologías que son mucho mas frecuentes, en ese sentido, al ser la tuberculosis una enfermedad poco frecuente y de difícil diagnóstico se inicia descartando otras patologías mas frecuentes hasta llegar a las más remotas y de improbable ocurrencia. Todo este procedimiento se ajusta totalmente a la lex artis debido a la baja incidencia de la enfermedad.

⁹ Ibídem

¹⁰ Tuberculosis intestinal, un reto diagnóstico: a propósito de un caso. Juan Pablo Villamizar, Manuel Fernando Solano Álvarez, Johan Sebastián Sepúlveda, Silvia Tatiana González, Yardany Rafael Mendez. Revista Horizonte médico. El artículo puede encontrarse en el siguiente link: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000200013#:~:text=La%20tuberculosis%20gastrointestinal%2C%20es%20una,salud%20de%20quien%20la%20padece.

La parte Demandante pretende imputarle a la Clínica Uros S.A. y a la E.S.E Hospital María Inmaculada una falla en el servicio médico por una supuesta falla en la atención médica del señor Monje Fierro. Alegación que se desvirtúa sin mayores dificultades con la lectura de la historia clínica del paciente que aportaron las diferentes instituciones médicas demandadas en el proceso en marras e incluso con el mismo relato de los hechos que hizo la Demandante. Pues la historia clínica da cuenta que al occiso se le hicieron múltiples exámenes a lo largo de la atención en los diferentes centros de salud con el fin de descartar múltiples patologías, un ejemplo de ellos fue e diagnóstico de pancreatitis que en esencia comparte síntomas como:

“dolor abdominal, sensibilidad al tocar el abdomen, náuseas, vómitos, pérdida de peso sin intentarlo, dolor abdominal que empeora después de comer, heces aceitosas y con olor fétido”¹¹

Visto lo anterior, es menester señalar apartes de las historias clínicas donde se describen dichos síntomas:

| FECHA | MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL |
|------------|---|
| 2017-04-08 | 21:14 OSCAR.GONZALEZ - OSCAR ALBERTO GONZALEZ FLOREZ MOTIVO DE CONSULTA : VIENE REMITIDO DE CORPOMEDICA. FLORENCIA - CAQUETA. ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE QUE ES TRAIIDO EN AMBULANCIA EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA Y FAMILIAR, REMITIDO DE CORPOMEDICA. FLORENCIA - CAQUETA, REFIERE CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION DADO POR DOLOR A NIVEL DE FOSA ILIACA DERECHA, VARIABLE EN INTENSIDAD, INICIALMENTE SE ACOMPAÑO DE NAUSEAS, VOMITOS Y DEPOSICIONES LIQUIDAS, NIEGA OTROS SINTOMAS. TRAE REPORTE DE TAC S Y C DE ABDOMEN QUE REPORTA HALLAZGOS SUGESTIVOS DE VOLVULO DEL SIGMOIDES CON SIGNO DE SUFRIMIENTO DE ASA, ADENOPATIAS INTRA Y RETROPERITONEALES. |

Documento: Historia clínica, Clínica Uros S.A.

| | |
|--------------------------------|---|
| SERVICIO DE INGRESO: | URGENCIA |
| SERVICIO DE EGRESO: | SALIDA |
| INFORMACIÓN DE INGRESO: | |
| NOTA DE INGRESO: | DOLOR ABDOMINAL |
| CASO ESPECIAL: | NINGUNA |
| ESTADO DE INGRESO: | CONCIENTE |
| MOTIVO DE LA CONSULTA: | DOLOR ABDOMINAL |
| ENFERMEDAD ACTUAL: | PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 15 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN MESOGASTRIO DE TIPO COLICO DE GRAN INTENSIDAD ACOMPAÑADO DE DISTENSION ABDOMINAL, NAUSEA Y VOMITO. NIEGA FIEBRE, NIEGA DIARREA. REFIERE QUE HACE 1 MES SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTANDO TRAUMA ABDOMINAL POR LO CUAL ESTUVO HOSPITALIZADO. |
| DESTINO DEL PACIENTE: | OBSERVACIÓN |

Documento: Historia clínica, Corporación Médica del Caquetá.

¹¹ Pateatitis, Mayoclinic.org.

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: ME SIEN TOMUY DEBIL, TENGO LOS PIES HINCHADOS DOLOR E EL ESTOMAGO, SUFRI UN ACCIDENTE HACE 5 MESES.

Enfermedad Actual: PACEINTE CON CAUDRO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMIANL INTERMITENTE, AS OCAIDAO A DIARREA CONTINUA SIN SANGRE NI MOCO, SIN VOMITO NI FIEBRE, ADEMAS PERDIA DE PESO PROGRESIVA DE PESO DESDE HACE 5 MESES, ASTENIA, ADINAMIA, DETERIORO DE LA CLASE FUNCIONAL. PACIENTE ASOCAIDA EL CAUDRO A ACCIDENTE DE TRANSITO CO TRAUMA ABDOMIANL CERADO PRO EL CAUL LE REALIZARON LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA ECONTRANDO HEMOPERITOENEO COAGULADOS Y MULTIPLES ADHERENCIAS EN ENERO DE ESTE AÑO, CONTUTO NUEVAMETN EN ABRIL POR RECURRENCIA DEL DOLOR SIENDO REMITIDO A TERCER NIVEL DONDE DESCARTAN VOLVULO, DAN EGRESO, SIN EMBARGO EL APCEINTE HA PERSISITIDO CON LA SINTOAMTOLOGIA DESCRITA CON EXACERBACION DESDE HACE 15 DIAS.

Documento: Historia clínica, E.S.E Hospital María Inmaculada.

De los fragmentos de las historias clínicas anteriores, se subraya que, si se contrastan la sintomatología de la tuberculosis extrapulmonar con los de la pancreatitis estos son los mismos, con la diferencia de que esta última es la enfermedad pancreática más frecuente del mundo¹². En ese sentido, durante la etapa diagnóstica, los profesionales de la salud empiezan a descartar patologías, iniciando por la más frecuente hasta terminar en la de menor incidencia. Lo anterior, como se viene exponiendo, es acorde con la lex artis debido a que la tuberculosis extrapulmonar comparte síntomas con otras enfermedades comunes.

Por todo lo anterior, es evidente que, desde el 8 de abril de 2017 y el 15 de junio de 2017, fecha en la que el señor Monje Fierro acudió por primera vez a los servicios de urgencias de la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada respectivamente, se le brindó atención oportuna, diligente y adecuada. Situación que se hace evidente, luego de la lectura de las historias clínicas en las cuales se indican los innumerables exámenes que se le realizaron, así como la remisión a un centro de salud de mayor nivel para que se le realizaran procedimientos más especializados.

En conclusión, de todo lo alegado resulta evidente que la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada obraron con debida diligencia, oportunidad e idoneidad frente a la atención médica del señor Monje Fierro, en tanto se le realizaron múltiples exámenes y se le suministraron medicamentos para aliviar y tratar la sintomatología que presentaba. Lo anterior, desacredita en toda medida las alegaciones de la Demandante frente a una supuesta responsabilidad por parte la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada. En virtud de lo expuesto, solicito respetuosamente señor Juez, tener como probada esta excepción.

3. CADUCIDAD DEL MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA FRENTE AL HOSPITAL MARÍA INMACULADA Y LA CLÍNICA UROS.

¹² Características clínicas de la pancreatitis aguda en México. Revista de gastroenterología de México. Se puede encontrar en el siguiente link: [http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-caracteristicas-clinicas-pancreatitis-aguda-mexico-articulo-S0375090612001127#:~:text=La%20pancreatitis%20aguda%20\(PA\)%20es,frecuencia%20de%20litiasis%20biliar3](http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-caracteristicas-clinicas-pancreatitis-aguda-mexico-articulo-S0375090612001127#:~:text=La%20pancreatitis%20aguda%20(PA)%20es,frecuencia%20de%20litiasis%20biliar3).

En primer lugar, resulta necesario manifestarle al Despacho que el medio de control de reparación directa causa de este proceso judicial se encuentra caducado, por cuanto el interesado contaba con el término de dos años contados a partir del día siguiente a la fecha en la que ocurrieron los hechos causa del daño, conforme lo preceptúa el artículo 164 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Para claridad del Despacho, separaré la explicación de esta excepción en dos tesis **(i)** La caducidad contada desde la fecha de ocurrencia del accidente y **(ii)** la caducidad contada desde que la Demandante asistió a consultas médicas.

(i) Término de caducidad contado desde la ocurrencia del accidente.

En primer término, debe manifestarse que la causa de los daños base del presente litigio, son las atenciones médicas recibidas por el señor Monje Fierro en la Clínica Uros S.A. desde el 9 de abril de 2017 hasta el 13 de abril de 2017 y en la ESE Hospital María Inmaculada desde el 15 de junio de 2017 hasta el 19 de junio de 2019. Partiendo de ello, resulta claro que la contabilización del término bienal del medio de control que nos ocupa debe contabilizarse: (i) Frente a la Clínica Uros S.A. desde el 13 de abril de 2017, fecha en la que finalizó la atención en este centro asistencial y (ii) Frente a la E.S.E. Hospital María Inmaculada desde el 19 de junio de 2017, fecha en la que finalizó la atención en este centro asistencial. Lo anterior, conforme al artículo 164 del CPACA, es decir, que el medio de control vencía el día 14 de abril de 2019 frente a la Clínica Uros S.A. y el 20 de junio de 2019 para el Hospital María Inmaculada. Así lo indicó la posición jurisprudencial del Consejo de Estado:

“En conclusión, al ser evidente la ocurrencia del daño el 4 de noviembre de 2.006, fecha en que ocurrieron los hechos, el término de caducidad corría en principio desde el 5 de noviembre de ese año y hasta el 5 de noviembre de 2.008, por lo que para cuando se presentó la demanda - 1º de junio de 2.010 -, la acción ya había caducado y se imponía su rechazo, como en efecto ocurrió, lo que lleva a señalar que el razonamiento del a quo fue acertado y amerita su confirmación”¹³

En el mismo sentido, indicó en sentencia del 14 de abril de 2010, lo siguiente:

“Por consiguiente, la valoración médica y la finalización del tratamiento, en el asunto específico, no modifica el conteo de la

¹³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección tercera, Subsección A, sentencia del 11 de agosto de 2011, exp. 40.805, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

caducidad, ya que como se señaló, los demandantes fueron conscientes y, por lo tanto, advertidos del daño desde la fecha en que se produjo el incidente, esto es, el 19 de mayo de 1996, **sin que en el caso concreto el conocimiento de las secuelas del mismo, ni la cesación del servicio médico influyan en el cómputo del plazo de caducidad, máxime si se tiene en cuenta que la demanda se dirige a que sean indemnizadas las lesiones producto del accidente, no las que devienen de un verro médico**¹⁴ (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Partiendo de lo anterior, el término entonces empezó a contabilizarse desde el 13 de abril de 2017 para la Clínica Uros S.A. y desde el 19 de junio de 2017 para la E.S.E. Hospital María Inmaculada. Sin embargo, la parte Demandante solicitó audiencia de conciliación ante la Procuraduría General de la República el 25 de junio del 2019, es decir, doce (12) días después de que la acción caducara frente a la Clínica Uros S.A. y seis (06) días después de que la acción caducara frente a la E.S.E. Hospital María Inmaculada. Tal como se puede constatar a continuación:

CONSTANCIA

1. Mediante apoderado, el convocante NINFA MONJE FIERRO Y OTROS, conforme las pretensiones que se transcriben a continuación, presentó solicitud de conciliación extrajudicial el día 25 de Junio del 2019, convocando a LA E.S.E HOSPITAL MARIA INMACULADA – CLINICA MEDILASER S.A. – CLINICA UROS S.A. – CLINICA EL DONCELLO – CLINICA CORPOMEDICA – E.S.E SAN RAFAEL TOVAR POVEDA -

Documento: *Acta conciliación extrajudicial con número de radicación 1.011 de 25 de junio de 2019 expedida por la Procuraduría 71 Judicial I para Asuntos Administrativos.*

Pese a lo anterior, la parte Demandante instauró la demanda el día 25 de septiembre de 2019, como se refleja en el acta de reparto del proceso:

¹⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 14 de abril de 2010, exp. 85001233100019990007 01 (19154), CP: Enrique Gil Botero.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

63

Fecha: 25/sep/2019 5:54:52pm Oficina de Apoyo - Florencia - Caquetá Página 1

JUEGADOS ADMINISTRATIVOS

REPARTIDO AL DESPACHO JUZGADO 4 ADMINISTRATIVO FLORENCIA

GRUPO 04 CD. DESP SECUENCIA: FECHA DE REPARTO
REPARACION DIRECTA 008 24774 25/sep./2019

| IDENTIFICACION | NOMBRE | APELLIDO | SUJETO PROCESAL |
|----------------|----------------------|----------------|-----------------|
| 1116207029 | MARIA DE LOS ANGELES | GUSTIN SANCHEZ | 01 *** |
| SD106029 | Y OTROS | | 01 *** |
| 1117527011 | DIEGO ALBERTO | ROJAS CRUZ | 03 *** |

OBSERVACIONES:
C12504-OJ01X04
dtorresr


FUNCIONARIO DE REPARTO

המשרד לביטחון המדינה
המחלקה לביטחון המדינה
המחלקה לביטחון המדינה

De modo que, al presentarse la demanda el 25 de septiembre de 2019, es decir, 1 día después de la última fecha en la cual el extremo actor pudo haber impetrado el medio de control de reparación directa, es claro que el mismo ya se encontraba caducado para la fecha de radicación de la demanda. Aun contando el tiempo en que el término bienal de caducidad fue suspendido con ocasión de la solicitud de conciliación ante la Procuraduría. Lo anterior haciendo la salvedad de que ya había operado la caducidad de la acción incluso antes de que se interpusiera la solicitud de conciliación extrajudicial.

(ii) Caducidad contada desde la terminación de la atención médica de la Demandante en la Clínica Uros S.A. y en el Hospital María Inmaculada.

Ahora bien, siguiendo la tesis desarrollada por el Despacho en el Auto Admisorio de la demanda, la caducidad en este caso deberá empezar a contarse desde la fecha en que el señor Monje Fierro recibió la última atención médica en el centro de salud, esto es, desde el 13 de abril de 2017 para la Clínica Uros S.A. y desde el 19 de junio de 2017 para la E.S.E. Hospital María Inmaculada. En cualquier caso, el medio de control de reparación directa habría caducado en el presente proceso, por cuanto el término de dos años para impetrar el medio de control venció el 14 de abril de 2019 frente a la Clínica Uros S.A. y el 20 de junio de 2019 frente al Hospital María Inmaculada. Aun contando el tiempo que se suspendió el término con ocasión de la audiencia de conciliación, el término final para interponer la demanda venció entonces el 14 de abril de 2019 frente a la Clínica Uros S.A. y el 20 de junio de 2019 frente al Hospital María Inmaculada, siendo ésta la última fecha en la cual el extremo actor pudo haber interpuesto la demanda. Sin embargo, es claro que la misma se radicó hasta el día 25 de septiembre de 2019, tal como se constata en el acta de reparto del proceso y se confirma en el sistema de información dispuesto por la Rama Judicial para la consulta del proceso.

En conclusión, en el presente caso se encuentra totalmente probada la caducidad del

Página 33 de 92

medio de control de reparación directa, pues el término debe contarse desde la fecha de la última atención médica en la Clínica Uros S.A. y la E.S.E Hospital María Inmaculada. Puesto que operó el fenómeno de caducidad del medio de control, por cuanto la conciliación extrajudicial se presentó el 25 de junio de 2019 y la demanda se presentó hasta el día 25 de septiembre de 2019, como lo evidencia con la constancia de no cuerdo conciliatorio y el acta de reparto del proceso. Es decir, en ambos casos pasaron más de dos años sin que los interesados interpusieran la correspondiente demanda. Es claro que el Despacho no tiene otro camino, sino declarar probada la excepción de caducidad que se encuentra suficientemente probada en este caso y en ese sentido, dictar sentencia anticipada.

4. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA E.S.E HOSPITAL MARÍA INMACULADA Y DE LA CLÍNICA UROS S.A. POR AUSENCIA DE FALLA DEL SERVICIO.

En el caso concreto, no se configura la falla en el servicio toda vez que, al señor Monje Fierro se le dio, tanto en la Clínica Uros S.A. como en la E.S.E. Hospital María Inmaculada, una atención adecuada para la patología que presentaba, ello se puede identificar claramente con el estudio de las historias clínicas arrimadas al proceso en las que se puede verificar que se recetaron medicamentos para los dolores que padecía, así como se ordenaron una variedad de exámenes e interconsultas con el fin de descubrir la patología que lo aquejaba. En ese orden de ideas, no se le puede endilgar a las demandadas una falla en el servicio por cuanto, estas entidades hospitalarias hicieron todo lo que estaba a su alcance para hacer un diagnóstico, pero, no era fácil llegar al mismo pese a la variedad de exámenes practicados debido a que la enfermedad que terminó acabando con la vida del demandante es poco común y de difícil diagnóstico.

Del análisis integral de los elementos probatorios recaudados hasta el momento en este proceso, es viable llegar a la conclusión de que no se configuró la responsabilidad alegada por la parte actora. Toda vez que no existe prueba que acredite culpa de la ESE Hospital María Inmaculada ni de la Clínica Uros S.A. por extralimitación de funciones, retardo en el cumplimiento de las obligaciones, obligaciones cumplidas de forma tardía o defectuosa, ni el incumplimiento de las obligaciones a cargo de la parte pasiva. De tal manera que ante la ausencia de alguna conducta presuntamente negligente y omisiva por parte de la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros S.A., carece este caso de la supuesta falla en el servicio, como elemento constitutivo de la responsabilidad extracontractual del Estado. Por lo cual, es pertinente afirmar que la responsabilidad por falla del servicio es inexistente, debiéndose exonerar de toda responsabilidad a la ESE Hospital María Inmaculada y a la Clínica Uros S.A.

En efecto, menester resulta aclarar que la falla del servicio es definida como aquella violación al contenido obligacional exigible a una entidad pública en una situación concreta. Sin embargo, es connatural a este título de imputación el principio de relatividad del mismo. Al respecto, el Consejo de Estado se ha pronunciado en los siguientes términos:

“La Sala de tiempo atrás ha dicho que la falla del servicio ha sido, en nuestro derecho, y continua siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete - por principio - una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual”¹⁵

También ha sostenido que el mandato que impone la Carta Política en el artículo 2° inciso 2°, de que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra, bien, creencias y demás derechos y libertades...”debe entenderse dentro de lo que normalmente se le puede exigir a la administración en el cumplimiento de sus obligaciones o dentro de lo que razonablemente se espera que hubiese sido su actuación o intervención acorde con las circunstancias tales como disposición del personal, medios a su alcance, capacidad de maniobra, etc., para atender eficazmente la prestación del servicio que en un momento dado se requiera.”¹⁶

Es que las obligaciones que son de cargo del Estado – y por lo tanto la falla del servicio que constituye su transgresión- han de mirarse en concreto frente al caso particular que se juzga, tomando en cuenta las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo.

Se le exige al Estado la utilización adecuada de todos los medios de que está provisto, en orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de dichos medios, surgirá su obligación resarcitoria; si el daño ocurre, pese a su

¹⁵ Consejo de Estado. Sección Tercera, sentencia del 13 de julio de 1993, expediente No. 8163.

¹⁶ Sentencia del 8 de abril de 1998, expediente No. 11837.

diligencia, no podrá quedar comprometida su responsabilidad”¹⁷

(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así mismo, frente al análisis obligatorio de este principio cuando se impute la falla del servicio, ha indicado el Consejo de Estado:

“7.4. En casos como el sub lite, el fallador de instancia debe analizar de manera integral las pruebas, a efectos de establecer las circunstancias y el contexto que rodeó los hechos, con el fin de poder concluir si efectivamente se incurrió en una falla en el servicio atribuible a la entidad demandada, lo anterior atendiendo a los parámetros establecidos por la doctrina y la jurisprudencia cuando han desarrollado la “teoría de la relatividad de la falla en el servicio”.¹⁸

Sobre la particular resulta pertinente citar al profesor Rivero quien afirmó lo siguiente:

“El juez para decidir, en cada caso, si hay o no falla del servicio, se pregunta aquello que podríamos, en cada caso, esperar del servicio, teniendo en cuenta la dificultad más o menos grande la misión, las circunstancias de tiempo (períodos de paz o momentos de crisis), de lugar, de recursos sobre los cuales disponía el servicio público en personal y material, etc. De lo anterior resulta que la noción de falla del servicio tiene un carácter relativo, pudiendo el mismo techo, según las circunstancias, ser reputado de culposo o no culposo”¹⁹

Lo anterior ha sido denominado por la jurisprudencia del Consejo de Estado como “el principio de la relatividad de la falta en el servicio”²⁰

Principio este, que evita que la responsabilidad de la administración, cimentada en el título de imputación subjetivo o común – denominado “falla en el servicio” – tome las obligaciones del Estado, ya seas las derivadas de manera explícita de una norma constitucional, legal, o reglamentaria, o del principio establecido en el artículo 2° de la

¹⁷ Sentencia del 3 de febrero de 2000. Radicado No. 252859. Sección Tercera del Consejo de Estado. M.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

¹⁸ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. C.P. Hernán Andrade Rincón. Sentencia del 97 de marzo de 2012 (Expediente No. 20042)

¹⁹ Jean Rivero, Droit Administratif, Précis Dalloz, Paris, décima edición, 1983, p. 286 (Tomado de: “La noción de falla del servicio como violación de un contenido obligacional a cargo de una persona pública en el derecho colombiano y el derecho francés”, HENAO Juan Carlos.

²⁰ Sección Tercera, 3 de febrero de 2000, ponente: Hernández Enríquez, expediente 14787.

*Constitución Política, en obligaciones de resultado (...)*²¹

“En otro precedente, se dijo:

“Desconocer tales circunstancias implicaría dejar de lado de la relatividad de la falla del servicio²², es decir no tener en cuenta la conducta de la administración, en atención a las circunstancias de tiempo, modo, lugar, medios, personal e infraestructura del servicio”

²³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

La falla en el servicio es un título de imputación en materia de responsabilidad extracontractual del Estado, el cual debe ser probado dentro del proceso. En efecto, no es presumible por parte del Despacho, ya que al juez le está vedado presumir situaciones o responsabilidades simplemente con la mera afirmación de la parte Demandante. Debe dicha afirmación tener sus elementos de prueba sólidos, o de lo contrario, no puede concluirse que existe la falla del servicio. Es precisamente en ese sentido en que se presenta este medio exceptivo, pues al no estar probada la falla en el servicio en cabeza de la ESE Hospital María Inmaculada ni de la Clínica Uros S.A., ni tener elementos de prueba que puedan si quiera dar un indicio de la existencia de ella, deberá declararse su ausencia. Lo cual deja sin soporte jurídico la demanda y por lo tanto deberán despacharse todas las pretensiones sin resultado alguno.

Ante la ausencia de pruebas que permitan deducir al juez que se dio una falla del servicio en este caso, puede entonces determinarse que ésta no existe. De este modo, al no tener título de imputación para endilgar responsabilidad extracontractual a la Clínica Uros S.A. y a la E.S.E Hospital María Inmaculada, por los hechos aquí narrados, aquel deberá ser eximido de toda responsabilidad. Se puede concluir entonces que la parte Demandante no ha aportado ningún medio de prueba que permita acreditar una falla en el servicio, el cual es un título de imputación en materia de responsabilidad extracontractual del Estado, que debe ser probado dentro del proceso. En efecto, se puede afirmar con total contundencia que no existe ninguna prueba idónea y conducente que demuestre una falla del servicio por parte de la ESE Hospital María Inmaculada ni de la Clínica Uros S.A. En consecuencia, al no existir ninguna prueba que acredite su responsabilidad, es jurídicamente improcedente endilgarle cualquier obligación indemnizatoria.

²¹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera. C.P. Myriam Guerrero de Escobar. Sentencia del 19 de junio de 2008. Rad 0736.

²² 13 El concepto fue esbozado y desarrollado por el profesor Jean Rivero en los siguientes términos: “El juez, para apreciarla [se alude a la falla del servicio], no se refiere a una norma abstracta; para decidir, en cada especie, si hay falta o no, él se pregunta, lo que en ese caso debía esperarse del servicio, teniendo en cuenta de la dificultad más o menos grande de su misión, de las circunstancias de tiempo (períodos de paz, o momentos de crisis), de lugar, de los recursos de que disponía el servicio en personal y en material, etc.

²³ Consejero Ponente: Enrique Gil Botero, Bogotá, D.C., veintiocho (28) de abril de dos mil diez (2010), expediente: 17.172.

Dentro de la disciplina procesal, quien aduzca un perjuicio tiene la carga procesal de probarlo y quien afirme un hecho guarda igualmente esa obligación procesal de demostrarlo con los medios probatorios solicitados en la demanda, los cuales deben ser idóneos, conducentes y pertinentes. De tal suerte que al no ejercer esa obligación en debida forma dentro un proceso judicial, no cabe otra posibilidad de conformidad con la constitución y la ley, que eximir de toda responsabilidad a la ESE Hospital María Inmaculada y de la Clínica Uros S.A.

En conclusión, no puede predicarse la existencia de una falla en el servicio en cabeza de las demandadas, la Clínica Uros y el Hospital María Inmaculada, toda vez que, estas entidades de atención en salud pusieron a disposición del señor Monje Fierro todos sus recursos en aras de tratar la sintomatología que presentaba y lograr el diagnóstico de su patología. En ese orden de ideas, la muerte del señor Monje Fierro no obedece a una inoperancia de las entidades demandadas si no a que, la enfermedad que terminó con su vida es muy rara y de difícil diagnóstico, incluso habiéndole practicado diferentes exámenes. En necesario traer a colación que cada una de las enfermedades de probable diagnostico que se señalaron en las diferentes historias clínicas comparten la sintomatología de la tuberculosis extrapulmonar, con la diferencia de que las enfermedades previamente diagnosticadas como, por ejemplo, la pancreatitis es mucho más frecuente.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada la presente excepción, teniendo en cuenta que la parte Demandante tiene la carga de acreditar la falla del servicio. Sin embargo, al revisar con detenimiento los medios probatorios que obran en el expediente hasta esta instancia procesal, no existe ninguno del que se pueda endilgar tal circunstancia. Razón por la cual, deberán negarse las pretensiones de la demanda, por cuanto la falla del servicio opera bajo el régimen de falla probada, por ende, ante el deficiente ejercicio probatorio por parte del extremo actor, solicito respetuosamente al Despacho negar las pretensiones formuladas en el libelo de la demanda.

5. INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DEL EXTREMO PASIVO.

Para que se pudiera configurar la responsabilidad a cargo del extremo pasivo de la litis, era necesario que el extremo actor probara el factor estructural de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre el tratamiento médico suministrado por la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada y el fallecimiento del paciente. No obstante, como quiera que los procedimientos practicados por el equipo médico de la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada estaban destinados exclusivamente a preservar la vida del

paciente. Por tal razón, no es posible atribuir a la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada la responsabilidad médica por el fallecimiento del señor Jesús Monje Fierro (Q.E.P.D.), cuando siempre prestó tratamientos adecuados, diligentes y peritos al paciente.

La teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la causalidad adecuada. A diferencia de la teoría de la equivalencia de condiciones en la que simplemente basta aplicar el método de la supresión mental hipotética y determinar si el hecho final se hubiere o no presentado o no con determinada actuación. La teoría de la causa adecuada exige un filtro adicional, en el que de esa multiplicidad de causas que se pueden presentar en el mundo fenomenológico que pueden ser condiciones *sine qua non*, serán relevantes solo aquellas de las que fuera previsible el resultado. La teoría de la causa adecuada ha sido la elegida por la Corte Suprema de Justicia como la teoría aplicable en Colombia ha sido definida así:

*“Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador. **El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad.**”²⁴* (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Teniendo en cuenta la definición jurisprudencial del nexo de causalidad, resulta claro que no se configura este elemento de la responsabilidad, como quiera que no existe prueba alguna en el plenario que acredite una relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y el actuar de la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada. Por ende, la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra el extremo pasivo. Siguiendo esa misma línea argumentativa, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido clara al determinar que cuando existen diferentes causas de un daño, el compromiso de responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que

²⁴ Patiño, Héctor. “Responsabilidad extracontractual y causales de exoneración. Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado colombiano”. Revista Derecho Privado N14. Universidad Externado de Colombia. 2008

efectivamente lo produce. Por eso, la responsabilidad profesional médica no puede deducirse sino cuando proviene y se demuestra que fue generada por el extremo demandado.

Así las cosas, en el caso que nos ocupa es claro que la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada siempre le prestó los servicios médicos requeridos el señor Monje Fierro de manera diligente y bajo los más altos estándares de calidad. Además, también está probado con la historia clínica que su deceso respondió exclusivamente al difícil diagnóstico de la enfermedad por ser muy rara su ocurrencia y a la consecuencia natural de ésta. Contrario a lo alegado por el extremo actor, las pruebas obrantes en el expediente demuestran inequívocamente la diligencia de los médicos de la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada.

Lo anterior, refleja de manera clara que no es posible atribuir responsabilidad a la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada, puesto que en el plenario del proceso no existe ninguna prueba para determinar algún tipo de negligencia médica. Por el contrario, el servicio de la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada se esforzó en brindarle al paciente una atención oportuna y adecuada durante el tiempo que permaneció en las instalaciones de los centros asistenciales. Acogiéndose en todo momento a lo indicado por la *lex artis*, demostrando una eficiente prestación de los servicios médicos.

En ese sentido, es menester traer de presente que, no hay relación causal entre el actuar de los galenos y el deceso del señor Monje Fierro en la medida que, se practicaron todos los exámenes que permitieron a lo largo de la atención médica descartar posibles patologías, empezando por la de más frecuente concurrencia a la de menor ocurrencia. De nuevo, debe recordarse que, la tuberculosis extrapulmonar es extremadamente rara y difícil de diagnosticar, tal como se puede constatar de la lectura de la literatura médica sobre el tema, además de compartir síntomas con una multiplicidad de patologías. En ese entendido, la atención fue idónea y cuidadosa pues se siguieron los protocolos médicos determinados. Así pues, al no existir un nexo causal entre la atención médica brindada y el deceso del señor Monje Fierro, se rompe con la teoría de la causalidad adecuada y por ende no se cuenta con uno de los elementos esenciales para endilgar responsabilidad al Estado.

Aunado a ello, se debe tomar en consideración que la carga de la prueba del nexo de causal se encuentra en cabeza de la parte actora. De esta forma, si el demandante no acredita el mencionado nexo de causalidad, todas las pretensiones esbozadas en el líbello de la demanda deberán ser desestimadas al no existir uno de los elementos estructurales de la responsabilidad. En otras palabras, bajo la premisa de que la carga de la prueba del nexo

causal está en cabeza del demandante, en el evento en que este no logre acreditar el nexo causal se deberán denegar las pretensiones de la demanda.

De acuerdo con el criterio jurisprudencial citado, resulta claro que hay una carga demostrativa a cargo del extremo actor de probar el nexo causal entre la atención médica prestada y el efecto adverso alegado para que pueda dar lugar a la responsabilidad a cargo del extremo pasivo. Ahora bien, dado que en el proceso no hay una sola prueba que demuestre una relación causa efecto entre la atención prestada por el equipo médico de la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada y la muerte del señor Monje Fierro, solicito desde ya al Honorable Despacho que niegue todas las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta que incumplió con la carga de la prueba a su cargo.

En conclusión, de todo lo alegado resulta evidente que la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada obraron con la debida diligencia, oportunidad e idoneidad frente a la atención prestada al señor Monje Fierro. Pues está totalmente probado que los galenos tratantes desplegaron conductas tendientes a darle manejo adecuado al cuadro sintomatológico presentado por el paciente. Lo que desacredita en toda medida las alegaciones de la Demandante frente a una supuesta responsabilidad por parte de la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada. Además, en el plenario no obra prueba alguna que acredite la existencia de una falla médica ni del nexo causal entre el servicio prestado por la Clínica Uros S.A. y la E.S.E. Hospital María Inmaculada y la supuesta falla, siendo esta razón suficiente para negar la totalidad de las pretensiones. Por todo lo anterior, solicito respetuosamente señor Juez tener como probada la excepción y en tal virtud, negar todas las pretensiones de la demanda.

6. DESATENCIÓN DEL RÉGIMEN JURÍDICO DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA – INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE PROBAR EL ERROR MÉDICO POR LA PARTE DEMANDANTE.

En el caso objeto de estudio, el extremo actor no cumple con su carga procesal de probar que efectivamente la Clínica Uros S.A. y el Hospital María Inmaculada incurrieron en un error médico y por el contrario se limitan a hacer afirmaciones sin sustento probatorio. En ese orden de ideas, ninguna de las pruebas logra demostrar que hubo un error en el procedimiento médico empleado para el diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar, de hecho, convenientemente el extremo actor no menciona que esta es una enfermedad muy rara, de difícil diagnóstico y que comparte síntomas con otras enfermedades de recurrencia frecuente. Por lo anterior, en el caso en marras la parte demandante no cumple con su carga probatorio de acreditar que existió un error médico en el proceso que se siguió para llegar al diagnóstico de la tuberculosis extrapulmonar.

Sin perjuicio de los argumentos esgrimidos en precedencia, también es necesario dejar claro que nuestra legislación establece que en el régimen de responsabilidad médica no se presume la culpa, por lo que es necesario demostrar la falla, impericia o imprudencia en la prestación del servicio que haga surgir la culpa que se endilgada, ya que esa responsabilidad médica se encuentra dentro del régimen de la culpa probada. En el presente caso como nos encontramos ante el tipo de responsabilidad de medios, es imprescindible acreditar la culpa del actuar médico, gracias a la calidad que la Ley 1438 de 2011 en su artículo 104, le otorga precisamente a la relación entre el médico y el paciente como de **medios**, de la siguiente forma:

ARTÍCULO 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL. *Modifícase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:*

*“Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio**, basada en la competencia profesional.*

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de:

- 1. El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios.*
- 2. La pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, dada la necesidad de la racionalización del gasto en salud, en la medida que los recursos son bienes limitados y de beneficio social.*
- 3. En el contexto de la autonomía se buscará prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales.*
- 4. No debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes los requieran.*
- 5. Las actividades profesionales y la conducta de los profesionales de la salud deben estar dentro de los límites de los Códigos de Ética*

Profesional vigentes. Las asociaciones científicas deben alentar a los profesionales a adoptar conductas éticas para mayor beneficio de sus pacientes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Dado lo anterior y teniendo presente que en el caso en estudio se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por los demandantes, de acuerdo a la naturaleza de la prestación del servicio médico con miras a imputar la responsabilidad de la institución médica atacada, la jurisprudencia reitera este deber en la sentencia 174 del 13 de septiembre de 2002 proferida por la Corte Constitucional, en los siguientes términos:

*“... entonces el médico asume acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría y si el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente que le causa un específico, **este debe con sujeción este acuerdo demostrar en línea de principio el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o en su caso de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por el padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización** correspondiente cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, claro, excepto el caso excepcional de la presunción de culpa que con estricto apego al contenido del contrato pueda darse como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado.”²⁵* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así entonces, resulta completamente desconocido el deber legal de probar lo que se pretende, bajo el criterio establecido en el artículo 167²⁶ del Código General del Proceso, que precisamente impone la obligación de acreditar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que se persigue con la demanda, y toda vez que no existe prueba del error médico por lo que las pretensiones están llamadas a fracasar.

²⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 174. Expediente 6199. Septiembre 13 de 2002.

²⁶ **ARTÍCULO 167. CARGA DE LA PRUEBA.** Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.;

No obstante, según las particularidades del caso, el juez podrá, de oficio o a petición de parte, distribuir, la carga al decretar las pruebas, durante su práctica o en cualquier momento del proceso antes de fallar, exigiendo probar determinado hecho a la parte que se encuentre en una situación más favorable para aportar las evidencias o esclarecer los hechos controvertidos. La parte se considerará en mejor posición para probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de prueba, por circunstancias técnicas especiales, por haber intervenido directamente en los hechos que dieron lugar al litigio, o por estado de indefensión o de incapacidad en la cual se encuentre la contraparte, entre otras circunstancias similares.

Cuando el juez adopte esta decisión, que será susceptible de recurso, otorgará a la parte correspondiente el término necesario para aportar o solicitar la respectiva prueba, la cual se someterá a las reglas de contradicción previstas en este código. Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba.

No es suficiente afirmar la ocurrencia del hecho objeto de reproche médico, que incluso es totalmente difuso en este caso, sino que debe probarse aquel, así como el suceso por causas atribuidas precisamente al error, negligencia o impericia del galeno, para que en efecto pueda existir responsabilidad de los demandados y al no darse cumplimiento de ello por la parte interesada sus pretensiones no pueden ser prósperas.

Conforme lo expuesto, comedidamente le solicita al señor Juez declarar la prosperidad de la presente excepción y negar la totalidad de las peticiones incoadas en la demanda por la parte actora.

1. IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO Y TASACIÓN EXORBITANTE DEL DAÑO MORAL.

Sea lo primero indicar que los perjuicios extrapatrimoniales por concepto de daño moral que pretende la parte demandante resultan a todas luces improcedentes. Lo anterior, bajo el entendido de que la indemnización del daño moral solo procede cuando existe responsabilidad de los demandados, es decir, solo es procedente si se declaran probada la responsabilidad en cabeza del Estado lo que por supuesto significa que debe encontrarse probada la falla en el servicio y, como se puede evidenciar del estudio del material probatorio obrante en el expediente esta no se acredita y por el contrario se desvirtúa al evidenciar el actuar diligente, cuidadoso y conforme a la lex artis desplegado por la Clínica Uros S.A. y el Hospital María Inmaculada.

En conclusión, es inviable el reconocimiento del daño moral y en tal sentido no hay lugar al reconocimiento de valor alguno. Puesto que, se debe recordar que para que exista la responsabilidad en cabeza de un sujeto de indemnizar cualquier daño a un tercero, primero debe acreditarse la responsabilidad de este en la ocurrencia del mismo. En ese orden de ideas, al no probarse la ocurrencia de una falla en el servicio por parte de los centros médicos demandados no hay lugar a reconocimiento de daño por valor alguno ya que el actuar de la Clínica Uros S.A. y del Hospital María Inmaculada estuvo acorde a lo recomendado por la práctica médica. En consecuencia, no es procedente desde ningún punto de vista que el despacho declare el pago de suma alguna en favor de los demandantes a cargo de la Clínica Uros S.A. y del Hospital María Inmaculada.

7. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LOS BIENES CONSTITUCIONALES

El daño a derechos y bienes constitucionalmente protegidos es una categoría de daño inmaterial desarrollada jurisprudencialmente por el Consejo de Estado. Tipología de

perjuicio que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas, que tiene como objeto resarcir no sólo la dignidad humana de la víctima y la de su núcleo familiar, sino en general resarcir a la sociedad y al Estado. En ese sentido, el reconocimiento de perjuicios por esta tipología está encaminado directamente a restablecer a la víctima en el ejercicio de sus derechos. Para lo cual se imponen medidas de reparación y garantías de no repetición, es decir, no medidas de carácter pecuniario o indemnizatorio como lo pretende la parte actora en el presente caso. Por tanto, la indemnización solicitada por el extremo actor es a todas luces improcedente, por las siguientes razones.

En primer lugar, es evidente que la naturaleza de la reparación de esta tipología de daño es equivocadamente entendida por el extremo actor, toda vez que esta tipología de perjuicio está encaminada directamente a restaurar plenamente los bienes o derechos constitucionales y convencionales que se ven afectados y que se reparan principalmente a través de medidas de carácter no pecuniario. A fin de reparar no solamente a la víctima directa, sino a su familia, a la Sociedad y al Estado. Al respecto, el Consejo de Estado ha establecido qué:

*“El daño a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados tiene las siguientes características: i) Es un daño inmaterial que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas: sus causas emanan de vulneraciones o afectaciones a bienes o derechos constitucionales y convencionales. Por lo tanto, es una nueva categoría de daño inmaterial. ii) Se trata de vulneraciones o afectaciones relevantes, las cuales producen un efecto dañoso, negativo y antijurídico a bienes o derechos constitucionales y convencionales. iii) Es un daño autónomo (...) iv) La vulneración o afectación relevante puede ser temporal o definitiva (...). (i) **El objetivo de reparar este daño es el de restablecer plenamente a la víctima en el ejercicio de sus derechos**”.*²⁷(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Con respecto a esta reparación, la misma corporación expuso:

“La reparación de la víctima está orientada a (a) restaurar plenamente los bienes o derechos constitucionales y convencionales, de manera individual y colectiva; (b) Lograr no solo que desaparezcan las causas

²⁷ Consejo de Estado. Sección tercera. Expediente No. 329888 del 2014.

*originarias de la lesividad, sino también que la víctima, de acuerdo con las posibilidades jurídicas y fácticas, pueda volver a disfrutar de sus derechos, en lo posible en similares condiciones en las que estuvo antes de que ocurriera el daño; (c) propender para que el futuro, la vulneración o afectación a bienes o derechos constitucionales y convencionales no tengan lugar; y (d) buscar la realización efectiva de la igualdad sustancial.*²⁸

Para los fines del precitado, el Consejo de Estado ha indicado que se deben adoptar medidas de reparación integral que operen con el propósito de reconocer la dignidad de las víctimas, reprobando las violaciones a los derechos humanos y concretar la garantía de verdad, justicia, reparación, no repetición y las demás definidas por el derecho internacional. Lo anterior, confirma lo dicho en líneas precedentes sobre la errónea interpretación que le ha dado la parte Demandante a esta categoría de daño inmaterial, a fin de entenderla bajo su conveniencia, cuando es claro que en este caso no se ha materializado daño a este tipo de derechos.

En segundo lugar, es preciso indicar que además de que es claro que en este caso no se causaron tales perjuicios, los mismos no se encuentran en ningún caso acreditados mediante prueba o elemento de juicio suficiente que permita demostrar su consumación. Puesto que es evidente que no basta con enunciar y solicitar un perjuicio para que el mismo sea reconocido, sino que debe acreditarse suficientemente dentro del proceso. Máxime, cuando está establecido jurisprudencialmente que para que un perjuicio de esta tipología sea concedido, deben confluír dos factores según los términos Consejo de Estado, a saber:

*“En cuanto al daño inmaterial por afectación relevante a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados se ha establecido que se reconocerá, aún de oficio, la vulneración relevante de bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados. Procederá siempre y cuando, se encuentra acreditada dentro del proceso su concreción y se precise su reparación integral”*²⁹

Como en el caso concreto no obra prueba ni elemento de juicio que permita determinar la concreción de este tipo de daños, es apenas lógico que el Despacho proceda a desestimar esta pretensión. Más aún, cuando lo que solicita la parte demandante es una indemnización económica como reconocimiento a este tipo de perjuicios, cuando la jurisprudencia ha sido

²⁸ Consejo de Estado. Sección tercera. Expediente 32988-14. MP. Ramiro de Jesús Pazos Guerrero.

²⁹ Ibídem.

clara en establecer que, una vez acreditado este daño, su reconocimiento se da a través de medidas reparatorias de carácter no pecuniario.

Finalmente, es importante resaltarle al Despacho que en el improbable evento en que se encontraran consumados estos perjuicios, de todas maneras, no hay lugar al reconocimiento de ninguna indemnización pecuniaria, toda vez que este es considerado como un daño que se repara principalmente a través de medidas de carácter no pecuniario. En tal virtud, lo que se imponen ante su reconocimiento son medidas de restitución, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

De manera que en este caso es posible concluir que no procede reconocimiento por daño a bienes y derechos constitucionalmente protegidos por cuanto no se presenta la vulneración alegada y que en caso de que procediera, tal reconocimiento deriva en medidas reparatorias y no de carácter pecuniario. Por todo lo expuesto anteriormente, es evidente que no existe en este caso consumación alguna de este tipo de daño y como consecuencia, no habría lugar a reconocimiento de indemnización alguna por estos perjuicios. Solicito al señor Juez declarar probada esta excepción.

8. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO POR LUCRO CESANTE

Para empezar, debe hacerse remembranza sobre los aspectos fundamentales que configuran el lucro cesante. Éste se ha entendido cómo una categoría de perjuicio material, de naturaleza económica y de contenido pecuniario. Es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir, que no ingresará al patrimonio de la persona. Es decir, se deja de recibir cuando se sufre un daño y puede ser percibido a título de indemnización por las víctimas directas o indirectas cuando se imputa al causante del perjuicio la obligación de reparar.

No obstante, para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es decir que si no se hubiese producido el daño el ingreso debía percibirse. Es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido lo siguiente:

“El perjuicio es la consecuencia que se deriva del daño para la víctima del mismo, y la indemnización corresponde al resarcimiento o pago del “(...) perjuicio que el daño ocasionó (...).”

Este último para que sea reparable, debe ser inequívoco, real y no eventual o hipotético. Es decir, “(...) cierto y no puramente conjetural, [por cuanto] (...) no basta afirmarlo, puesto que es absolutamente imperativo que se acredite procesalmente con los medios de convicción regular y oportunamente decretados y arrimados al plenario (...)” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)³⁰

Así mismo, en Sentencia del 24 de junio de 2008, la misma corporación afirmó que:

“(...) en cuanto perjuicio, el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual. Ahora, sin ahondar en la materia, porque no es del caso hacerlo, esa certidumbre no se opone a que, en determinados eventos, v. gr. lucro cesante futuro, el requisito mencionado se concrete en que el perjuicio sea altamente probable, o sea, cuando es posible concluir, válidamente, que verosímilmente acaecerá, hipótesis en la cual cualquier elucubración ha de tener como punto de partida una situación concreta, tangible, que debe estar presente al momento de surgir la lesión del interés jurídicamente tutelado (...)”

Vale decir que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afina en una situación real, existente al momento del evento dañino, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente (...)”

Por último están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables.³¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Esto significa que el lucro cesante no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas o especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de

³⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de junio de 2018. Expediente SC 2107-2018.

³¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 24 de junio de 2008. Radicado 2000-01121-01.

ganancias ficticias. Por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del decurso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso. De manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso, siempre que logre acreditarse que en efecto la víctima, al momento de la ocurrencia del daño, ejerciera alguna actividad productiva que le generara los ingresos.

Ahora bien, se debe mencionar que todas las posibles discusiones que pueden emerger frente al particular fueron zanjadas mediante el más reciente pronunciamiento de unificación del Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano. Providencia en la que se elimina la presunción según la cual toda persona en edad productiva percibe al menos un salario mínimo, en tanto contraría uno de los elementos del daño, esto es la certeza. De manera que el lucro cesante solo reconocerá cuando obren pruebas suficientes que acrediten que efectivamente la víctima dejó de percibir los ingresos o perdió una posibilidad cierta de percibirlos. En dicho pronunciamiento se manifestó literalmente lo siguiente:

“La ausencia de petición, en los términos anteriores, así como el incumplimiento de la carga probatoria dirigida a demostrar la existencia y cuantía de los perjuicios debe conducir, necesariamente, a denegar su decreto. (...)

En los casos en los que se pruebe que la detención produjo la pérdida del derecho cierto a obtener un beneficio económico, lo cual se presenta cuando la detención ha afectado el derecho a percibir un ingreso que se tenía o que con certeza se iba a empezar a percibir, el juzgador solo podrá disponer una condena si, a partir de las pruebas obrantes en el expediente, se cumplen los presupuestos para ello, frente a lo cual se requiere que se demuestre que la posibilidad de tener un ingreso era cierta, es decir, que correspondía a la continuación de una situación precedente o que iba a darse efectivamente por existir previamente una actividad productiva lícita ya consolidada que le permitiría a la víctima directa de la privación de la libertad obtener un determinado ingreso y que dejó de percibirlo como consecuencia de la detención.

Entonces, resulta oportuno recoger la jurisprudencia en torno a los parámetros empleados para la indemnización del lucro cesante y, en su lugar, unificarla en orden a establecer los criterios necesarios

para: i) acceder al reconocimiento de este tipo de perjuicio y ii) proceder a su liquidación.

La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante.” (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva, no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual. Debe decirse que, con el escrito de la demanda, no se allegaron pruebas que acrediten que el señor Monje Fierro tenía un empleo o desarrollaba alguna actividad económica antes de su muerte ni los ingresos que percibía mensualmente por el desempeño de la misma. En este punto es menester tener en cuenta que el occiso suscribió contrato de prestación de servicios con la personería del Doncello Caquetá por un valor de \$6.000.000 a razón de \$1.200.000 al mes, durante 5 meses como se puede ver a continuación:

| | |
|--|---|
| El contratista manifiesta bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado por la firma de este documento, no encontrarse incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de intereses o prohibición legal. | |
| 1. OBJETO: | Prestar los servicios de Apoyo a la Gestión de la Personería Municipal de B. Doncello - Caquetá, para desarrollar actividades complementarias y de coordinación de procesos en el ejercicio de la acción administrativa de la Personería, durante los meses de Agosto a Diciembre del 2016. |
| 2. VALOR | SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE |
| 3. FORMA DE PAGO | Para todos los efectos a que haya lugar, el valor del presente contrato asciende a la suma de SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE, los cuales se cancelarán pagos mensuales por valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS (\$1.200.000) M/CTE, cada uno, ó proporcional por los días de cada presentación del documento equivalente por parte del CONTRATISTA en la secretaría de la Personería Municipal. |
| 4. NÚMERO Y FECHA DE C.D.P. | 050 del 29/07/2016. |
| 5. PLAZO DE EJECUCIÓN Y VIGENCIA: | RUBRO: 002010 "Remuneración por servicios técnicos" El plazo de ejecución del contrato será Cinco (05) meses contado a partir de la firma del acta de inicio. Los pagos acordados... |

Documento: Contrato de prestación de servicios No. 003 de 2016.

Transcripción esencial:

Valor: SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE

Forma de pago: Para los efectos a que haya lugar, el valor del presente contrato asciende a la suma de SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE, los cuales se cancelaran

en pagos mensuales por valor de UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOS (\$1.200.000) M/CTE, cada uno o proporcional por los días de casa mes certificado por el supervisor del contrato. Incluidos los impuestos que se generen, previa presentación del documento equivalente por parte del CONTRATISTA en la secretaría de la Personería Municipal. Número y fecha C.D.P: 050 del 29/07/2016.

Visto lo anterior, se puede afirmar que el contrato de prestación de servicios firmado por el señor Monje Fierro tenía una vigencia de 5 meses, en ese entendido, dicho plazo fenecía el 29 de diciembre de 2016 y no fue renovado pues en el expediente no obra prueba conducente, pertinente y útil que acredite lo contrario. Por otro lado, se tiene que las atenciones médicas recurrentes del señor Monje Fierro, es decir, que de una atención médica a otra pasaron periodos muy cortos de tiempo, comenzaron el 20 de enero cuando entró al servicio de urgencias de la Clínica el Doncello, así pues, habían pasado más de 20 días desde que su contrato de prestación de servicios había finalizado y, a falta de prueba útil, pertinente y conducente que demuestre lo contrario, para el día de la primera atención, el occiso no tenía empleo ni ejercía ninguna actividad económica por la cual devengara un emolumento mensual.

Adicionalmente, no se demuestra que la señora Ninfa Monje Fierro, madre del occiso, dependiera económicamente de su hijo mientras estuvo con vida, en consecuencia, de lo anterior no es procedente conceder algún tipo de reconocimiento por lucro cesante a la señora Ninfa Monje Fierro y menos por la suma de \$562.000 ya que no aportó ningún documento que respalde su afirmación de que su hijo devengaba lo suficiente como para darle esta suma mensual a su madre para su manutención y mucho menos que desarrollaba una actividad económica. Por todo lo anterior, no es procedente conceder suma alguna a título de lucro cesante por cuanto el demandante no demostró la actividad económica ni los ingresos que percibía por esta el señor Monje Fierro antes de su muerte, ni la dependencia económica de la señora Monje Fierro de su hijo mientras este estuvo con vida.

De otra parte, no se acreditó tampoco la dependencia económica que debe existir entre el Demandante y la víctima directa que lo legitimaría a solicitar el reconocimiento de la ganancia dejada de percibir. En otras palabras, un elemento esencial para reconocer el lucro cesante en caso de fallecimiento de la víctima, además de probar que desarrollaba una actividad económica antes de su muerte y percibía ingresos con ocasión esta, es que el demandante que solicita el reconocimiento de este perjuicio acredite que dependía económicamente del occiso mientras este estuvo con vida. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia estableció lo siguiente:

“Cuando se demanda la indemnización del daño, en su modalidad de lucro cesante, proveniente del fallecimiento de una persona, la misma emerge, en principio, de la dependencia económica del peticionario con la víctima, circunstancia que a aquél le incumbe acreditar.”³²

En atención a lo anterior, es necesario reiterar que dentro de las pruebas allegadas con el escrito de la demanda no hay ninguna que respalde lo dicho por la demandante en cuanto a su dependencia económica de su hijo. La dependencia económica de un padre frente a su hijo no se presume, se prueba y es precisamente este elemento el que brilla por su ausencia en el expediente. Es por el hecho de no existir pruebas que respalden la afirmación del demandante, que este honorable despacho no puede reconocer ningún emolumento por concepto de lucro cesante como consecuencia del fallecimiento del señor Monje Fierro a su madre pues, este último no allegó prueba pertinente, conducente ni útil de su dependencia económica.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte Demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. En definitiva, como quiera que la parte Demandante no aportó prueba si quiera sumaria que permita acreditar: (i) que el señor Monje Fierro se encontraba empleado o desarrollaba alguna actividad económica antes de su deceso, (ii) que como consecuencia del desarrollo de esa actividad económica tuviera unos ingresos y el valor mensual de los mismos y (iii) que la demandante, la señora Ninfa Monje Fierro dependiera económicamente de su hijo mientras este estuvo con vida, no puede el despacho reconocer ninguna suma por este concepto. Por todo lo anterior, al no probarse los tres elementos mínimos para acreditar el lucro cesante cuando la víctima ha fallecido, es totalmente improcedente reconocer ningún emolumento por este concepto.

Ruego tener por probada esta excepción.

8. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de la Fundación Cardioinfantil, y por deducción jurídica de mí prohijada, y que pueda configurar

³² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 28 de septiembre de 2016. Mp Luis Alonso Rico Puerta. Exp 11001-31-03-018-2005-00488-01.

otra causal que las exima de toda obligación indemnizatoria. Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

CAPÍTULO II

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO 1: Es cierto parcialmente, toda vez que como se observa de las documentales aportadas con el llamamiento en garantía formulado a mi procurada, si bien es cierto que la ESE Hospital María Inmaculada celebró un contrato de seguro contenido en la Póliza No. 02191189/0, la cual ampara la eventual responsabilidad civil del Hospital, lo cierto es que no se ha cumplido con lo prescrito en el artículo 1072 del Código de Comercio, es decir, no se ha acreditado la realización del riesgo asegurado y amparado en las pólizas, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al Asegurado derivado de un acto médico, acaecido dentro del período de retroactividad pactado en la póliza y reclamado por primera vez, de manera escrita dentro de la vigencia de la póliza.

FRENTE AL HECHO 2: Es cierto, la ESE Hospital María Inmaculada fue demandando dentro del proceso de la referencia por la falla en el servicio médico prestado al paciente Monje Fierro durante las atenciones recibidas del 15 al 19 de junio de 2017, sin embargo, del estudio de los hechos y las pruebas allegadas con el escrito genitor se puede afirmar que la institución hospitalaria actuó con la debida diligencia y cuidado de conformidad con la lex artis y que, en ese sentido, no fue la negligencia del Hospital lo que llevó a la muerte del paciente si no el hecho de que la enfermedad padecida por el mismo era extremadamente rara y de difícil diagnóstico, lo cual puede ser constatado con los innumerables exámenes realizados al paciente.

FRENTE AL HECHO 3: Esto no es un hecho, es una manifestación de la voluntad de los demandantes que solo está llamada a ser reconocida o por el contrario rechazada a criterio del juez en observancia de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico nacional.

FRENTE AL HECHO 4: Esto no es un hecho, es solo la reiteración de lo prescrito por la ley por parte del llamado en garantía para acreditar su derecho a realizar el llamamiento en garantía a mi prohiada en el proceso de la referencia.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

ME OPONGO a la integralidad de las pretensiones del llamamiento en garantía como quiera que no se ha cumplido con lo prescrito en el artículo 1072 del Código de Comercio, es decir, no se ha acreditado la realización del riesgo asegurado y amparado en las pólizas, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al Asegurado derivado de un acto médico, acaecido dentro del período de retroactividad pactado en la póliza y reclamado por primera vez, de manera escrita dentro de la vigencia de la póliza.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: ME OPONGO a la prosperidad de la primera pretensión del llamamiento en garantía puesto que no se ha cumplido con lo prescrito en el artículo 1072 del Código de Comercio, es decir, no se ha acreditado la realización del riesgo asegurado y amparado en las pólizas, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al Asegurado derivado de un acto médico, acaecido dentro del período de retroactividad pactado en la póliza y reclamado por primera vez, de manera escrita dentro de la vigencia de la póliza.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a la prosperidad de la segunda pretensión del llamamiento en garantía puesto que toda vez que en el presente proceso no se configuró una falla médica que pueda dar lugar a responsabilidad médica alguna. En ese sentido, la pretensión carece de fundamentos fácticos y jurídicos, si se tiene en consideración que en el plenario no obra prueba alguna que acredite una falla médica en los servicios prestados a Jesús Fernando Monje Fierro en la ESE Hospital María Inmaculada y, por el contrario, se acredita que en caso del occiso, la enfermedad que padecía era extremadamente extraña y de difícil diagnóstico razón por la cual pese al esfuerzo del Hospital no fue posible su diagnóstico con los insumos médicos asistenciales con los que este contaba.

EXCEPCIONES DE MÉRITO:

- 1. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A. TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN EL CONTRATO DE SEGURO No. 02191189/0.**

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohiada Allianz Seguros S.A., respecto de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 02191189/0. Por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en las pólizas, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al Asegurado derivado de un acto médico, acaecido dentro del período de retroactividad pactado en la póliza y reclamado por primera vez, de manera escrita dentro de la vigencia de la póliza. Lo anterior, en concordancia con las

condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que mencionan y precisan su amparo principal como se describe a continuación:

- **Póliza No. 02191189/0**

1.1 OBJETO DEL SEGURO:

Amparar los perjuicios patrimoniales, morales y extrapatrimoniales, los daños materiales y las lesiones personales que LA E.S.E. HOSPITAL MARIA INMACULADA Y SUS CENTROS DE SALUD, PUEBLO NUEVO - FLORENCIA, MORELIA Y LA MONTAÑITA CAQUETA que se causen con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud, en el desarrollo de sus actividades profesionales por personal médico, paramédico y extra médico, vinculado o que esté bajo supervisión del mismo, en el HOSPITAL MARIA INMACULADA Y SUS CENTROS DE SALUD EN PUEBLO NUEVO FLORENCIA, MORELIA Y LA MONTAÑITA. CAQUETA, que conlleve a la declaratoria de responsabilidad civil patrimonial de esta entidad.

Igualmente se ampara el pago de la totalidad de perjuicios patrimoniales -incluido el lucro cesante- y extrapatrimoniales, en cualquiera de sus modalidades, sin sublímite.

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO.

Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.” (Subrayado fuera del texto original)

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto no hubo falla médica atribuible a la ESE Hospital María Inmaculada. Por cuanto como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, se actuó de manera oportuna, adecuada y diligente frente a la atención médica requerida por el señor Monje Fierro, dado que se le prestaron todos los servicios médicos requeridos y se realizó el procedimiento quirúrgico de la manera correcta, tal como lo indica la lex artis. En consecuencia, no existe realización de riesgo asegurado en el presente asunto, toda vez que no hubo falla en el servicio, pues de la historia clínica de la paciente, se puede establecer que se actuó de manera oportuna y diligente por parte del Hospital y que no existió ningún error en la realización del procedimiento quirúrgico ni en la prestación de ningún servicio médico.

Así mismo, la ESE Hospital María Inmaculada durante la prestación del servicio de salud que brindó al paciente, se adaptó a la lex artis y a la literatura médica a fin de brindar los servicios y tratamientos necesarios para deteriorar, tal como se expuso en la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda. Así las cosas y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de la ESE Hospital María Inmaculada, no ha surgido la

obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla del servicio médico en cabeza de la ESE Hospital María Inmaculada, no podrá en ninguna circunstancia afectarse la Póliza 02191189/0, ni surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

Es menester señalar en este punto que, el cuidado del paciente fue diligente y cuidadoso ya que al ingreso a la entidad hospitalaria se le practicaron todos los exámenes pertinentes según la sintomatología presentada, fue atendido por especialistas de diferentes ramas de la medicina y se le recetaron los medicamentos apropiados para tratar su padecimiento. En ese sentido, vale la pena reiterar que la tuberculosis extrapulmonar es una enfermedad muy rara, de poca incidencia y de difícil diagnóstico debido a que comparte síntomas similares con otras enfermedades que, además, son mucho más frecuentes. Es por lo anterior que, durante la etapa diagnóstica se va descartando desde la enfermedad más probable a la mas improbable, tal como resulto ser el caso en marras.

En conclusión, la ESE Hospital María Inmaculada, durante la prestación del servicio de salud que brindó al paciente y específicamente, durante la prestación de servicios médicos y la realización de los diferentes tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos, se adaptó a la lex artis y a la literatura médica a fin de brindar los servicios y tratamientos adecuados para preservar su salud. Así las cosas y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de la ESE Hospital María Inmaculada, no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla del servicio médico en cabeza de la ESE Hospital María Inmaculada, no podrá en ninguna circunstancia afectarse la Póliza No. 02191189/0, ni surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

2. RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 02191189/0

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que se excluyen de amparo, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Pólizas. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

*“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, **el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente**, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro” (Subraya dentro del texto).*

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia definió la inexistencia de responsabilidad del asegurador cuando el riesgo se encuentra expresamente excluido, así:

*“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. **Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo**, mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), **luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes.**”*

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2018, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro, no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

*“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, **en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.**”*

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «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» (Negrilla y resaltado por fuera del texto original).

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. De forma que, en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

Así las cosas, según la jurisprudencia previamente expuesta, se evidencia cómo se exhorta a los Jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro. En este sentido, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza de la Compañía de Seguros. Ahora bien, en las condiciones generales de la Póliza No. RCCH 02191189/0 se pactaron expresamente las siguientes exclusiones:

“SECCIÓN SEGUNDA- EXCLUSIONES

la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.*
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.*
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.*
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de*

terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.

- *Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.*
- *Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.*
- *Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.*
- *Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.*
- *Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.*
- *Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.*
- *Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.*
- *Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.*
- *Contaminación paulatina*
- *Daños o perjuicios causados por enfermedad profesional o accidente de trabajo.*
- *enfermedad profesional o accidente de trabajo.*
- *Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) Y Todo Riesgo Montaje (EAR).*

- *Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.*
- *Trabajos submarinos.*
- *Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.*
- *Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.*
- *Daños originados por la acción paulatina de aguas.*
- *Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.*
- *Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.*
- *Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.*
- *Retiro de productos del mercado.*
- *Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.*
- *Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.*
- *Responsabilidad Civil Directores y Administradores.*
- *La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)*
- *Responsabilidad Civil de productos de tabaco.*
- *Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones*
- *Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros*
 - *Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o en comisión o*
 - *Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporta, examen y similares). En el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión en*

tanto dichos bienes, o parte de los mismo, hayan sido objeto directo de esta actividad o

-Que el asegurado tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.

- *Obligaciones a cargo de asegurado en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.*
- *Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.*
- *Reclamaciones en las que se pida, expresamente o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento procesa de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con el poder legal, o de coacción de hecho.*
- *Reclamaciones entre personas naturales o jurídicas, que aparecen conjuntamente mencionadas como el asegurado en los datos identificativos de la póliza o por anexo.*
- *Reclamaciones por siniestro ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.*
- *Asbesto.*
- *Daños derivados de la acción paulatina de temperaturas, de gases, vapores y humedad, daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes de energía.*
- *Daños genéticos a personas o animales.*
- *Productos a base de sangre.*
- *Responsabilidad civil de instalaciones ferroviarias. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del asegurado.”*

De la misma manera, en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual y Profesional para Clínicas y Hospitales No. 02191189/0 se pactaron expresamente las siguientes exclusiones:

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

1. *Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.*

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

que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.

15. Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.

16. Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.

17. En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:

a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y

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

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones arriba señaladas o cualquiera de las que constan en las condiciones generales, las pólizas no podrá ser afectada. En tanto la situación se encontraría inmersa en una exclusión. Así las cosas, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza del Allianz Seguros S.A., por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza, pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza de Allianz Seguros S.A. Por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de los Contratos de Seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, las Pólizas no cubrirían ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

3. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

“Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.”

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

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

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: daño constitucionalmente protegido y lucro cesante consolidado y futuro, no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte de la ESE Hospital María Inmaculada implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte Demandante recibiendo una indemnización por parte de la ESE Hospital María Inmaculada que nada tuvo que ver con el fallecimiento del paciente, toda vez que el procedimiento se realizó a cabalidad conforme lo indica la literatura médica, así como también se encuentra probado que recibió atención médica oportuna, adecuada y diligente.

Página 64 de 92

Adicionalmente, no habría lugar al reconocimiento de estos conceptos, dado que: (i) No es procedente el reconocimiento de daño a los bienes constitucionales, por cuanto es una categoría de daño inmaterial desarrollada jurisprudencialmente por el Consejo de Estado, En ese entendido, el reconocimiento de perjuicios por esta tipología está encaminado directamente a restablecer a la víctima en el ejercicio de sus derechos y por ende no es de contenido pecuniario, (ii) No es procedente el reconocimiento de daño moral ya que, a lo largo de la demanda no se logra probar la existencia de una falla en el servicio y por el contrario de la narración de los hechos se puede afirmar que el fatal desenlace se debió a la patología propia de la enfermedad sufrida por el señor Monje Fierro la cual era de muy difícil diagnóstico tal como se puede constatar en la literatura médica sobre el particular y, (iii) no es procedente el reconocimiento de emolumento alguno por concepto de lucro cesante, pues con los documento allegados al proceso no se logra probar que el señor Monje Fierro, antes de su estancia en el hospital y posterior muerte, tenía un trabajo o desarrollaba una actividad económica, que percibía un ingreso a razón de ello y que, le daba a su señora madre mensualmente una suma fija para sufragar sus gastos.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciendo a la accionante.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

4. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA No. 02191189/0.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, por considerar que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de Allianz Seguros S.A. Aun cuando se encuentre probado que la modalidad de cobertura exige el cumplimiento de presupuestos que en el caso particular no se

cumplieron. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”³³ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

³³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castil lo Rúgeles. EXP 5952.

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Que en este caso resulta ser la siguiente, para los amparos que a continuación se relacionan en virtud de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 02191189/0:

| | |
|---------------------------|------------------|
| Ambito territorial | Colombia |
| Límite asegurado evento | 1.000.000.000,00 |
| Límite asegurado vigencia | 1.000.000.000,00 |

| 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 |

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

5. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO.

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro No. 02191189/0:

DEDUCIBLES:

RC PROFESIONAL: 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: 15% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000

En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el Honorable Juzgador tome en consideración que, tanto la definición del deducible como su forma de aplicación, ha sido ampliamente desarrollada por la Superintendencia Financiera de Colombia en distintos conceptos, como el que se expone a continuación:

*“Una de tales modalidades, **la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida**, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.*

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”³⁴. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada civilmente responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuenta del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, en el caso de la Póliza No. 02191189/0 asciende al 15% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$5,000,0000.

6. GENÉRICA O INNOMINADA

³⁴ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código del Comercio.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL DEMANDANTE

El Solicitante en su escrito de demanda exige el decreto de una prueba pericial. Sin embargo, en su solicitud no se cumplen los requisitos ni las ritualidades mínimas exigidas por mandato de la Ley, para que pueda la este Honorable Despacho decretarla. En otras palabras, la Ley Procesal aplicable a la materia establece unos requisitos que deben cumplirse estrictamente durante la petición de una prueba, so pena que el Juzgador se vea en la obligación de negar el decreto y por ende práctica de la misma.

El Código General del Proceso en su artículo 227 fija los requisitos mínimos que debe cumplir una parte procesal para solicitar el decreto de una pericia. Esta norma señala:

“ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES.

La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. *Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.*

El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Esta norma imperativa de derecho público señala que cuando se requiera el decreto de una pericia, debe el solicitante aportarla junto con los anexos de su demanda. Ahora bien, al contrastar este requisito con lo escrito por el demandante, se evidencia que se está solicitando un término para aportar el dictamen, cuando el mismo debió haberse aportado conjuntamente con la demanda. En otras palabras, la parte actora no solo no cumple con los requisitos mínimos para el decreto de una prueba pericial, esto es, el hecho de aportar el dictamen junto con su escrito de demanda, sino que también, busca esquivar u omitir la carga que recae sobre sus hombros, y que debió cumplir en su oportunidad.

Adicionalmente, se debe recapitular lo expuesto por la Corte Constitucional en su sentencia T-504 de 1998, en donde expuso sin lugar a dudas que cuando una solicitud probatoria no cumple con los requisitos mínimos para su decreto, el juez en calidad de director del proceso, deberá abstenerse de decretar la misma. El tenor literal de dicha sentencia establece lo siguiente:

“En el modo de pedir, ordenar y practicar las pruebas se exigen ciertos requisitos consagrados en el Código de Procedimiento Civil que constituyen una ordenación legal, una ritualidad de orden público, lo que significa que son reglas imperativas y no supletivas, es decir, son de derecho estricto y de obligatorio acatamiento por el juez y las partes. Por otra parte, el juez como director del proceso, debe garantizar, en aras del derecho de defensa de las partes, los principios generales de la contradicción y publicidad de la prueba, y en este sentido, debe sujetarse a las exigencias consagradas en el procedimiento para cada una de las pruebas que se pidan (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)”.

Por otra parte, el artículo 234 del Código General del Proceso dispone:

“Los jueces podrán solicitar, de oficio o a petición de parte **los servicios de entidades y dependencias oficiales para peritaciones que versen sobre materias propias de la actividad de aquellas**. Con tal fin las decretará y ordenará librar el oficio respectivo para que el director de las mismas designe el funcionario o los funcionarios que deben rendir el dictamen”.

En ese sentido, resulta claro que al dictamen solicitado por la parte demandante no le es aplicable la norma antes referida, como quiera que no se trata de un dictamen pericial de una entidad oficial. Más aún, cuando el dictamen se está solicitando a otro ente privado. Por lo que es claro que la petición del dictamen pericial de la parte demandante ataca la naturaleza del dictamen previsto en el artículo 234 del C.G.P., pues éste no se circunscribe a aquellos que solo pueden practicar las entidades oficiales. Por lo que la solicitud es improcedente.

En conclusión, teniendo en cuenta que la solicitud por la parte demandante no cumple con los requisitos mínimos y exigidos por la Ley Procesal para habilitar el decreto de la misma,

comedidamente solicito al Honorable Despacho, que niegue el decreto y, por ende, la práctica de la pericia.

CAPÍTULO III

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CLÍNICA UROS S.A.

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO A: Es cierto parcialmente, toda vez que como se observa de las documentales aportadas con el llamamiento en garantía formulado a mi procurada, si bien es cierto que la Clínica Uros S.A. celebró un contrato de seguro contenido en la Póliza No. 021945281/0, la cual ampara la eventual responsabilidad civil del Hospital, lo cierto es que no se ha cumplido con lo prescrito en el artículo 1072 del Código de Comercio, es decir, no se ha acreditado la realización del riesgo asegurado y amparado en las pólizas, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al Asegurado derivado de un acto médico, acaecido dentro del período de retroactividad pactado en la póliza y reclamado por primera vez, de manera escrita dentro de la vigencia de la póliza.

FRENTE AL HECHO B: Es cierto parcialmente, toda vez que como se observa de las documentales aportadas con el llamamiento en garantía formulado a mi procurada, si bien es cierto que la póliza adquirida por la Clínica Uros S.A. tiene una vigencia desde el 26 de junio de 2016 hasta el 25 de junio de 2017, es decir, los hechos ocurrieron entro de la vigencia de la misma, lo cierto es que no se ha cumplido con lo prescrito en el artículo 1072 del Código de Comercio, es decir, no se ha acreditado la realización del riesgo asegurado y amparado en las pólizas, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al Asegurado derivado de un acto médico, acaecido dentro del período de retroactividad pactado en la póliza y reclamado por primera vez, de manera escrita dentro de la vigencia de la póliza.

FRENTE AL HECHO C: Es cierto parcialmente, toda vez que como se observa de las documentales aportadas con el llamamiento en garantía formulado a mi procurada, si bien es cierto que la póliza adquirida tiene como asegurado y beneficiario a la Clínica Uros S.A., lo cierto es que no se ha cumplido con lo prescrito en el artículo 1072 del Código de Comercio, es decir, no se ha acreditado la realización del riesgo asegurado y amparado en las pólizas, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al Asegurado derivado de un acto médico, acaecido dentro del período de retroactividad pactado en la póliza y reclamado por primera vez, de manera escrita dentro de la vigencia de la póliza.

FRENTE AL HECHO D: Esto no es un hecho, es solo la reiteración de lo prescrito por la ley por parte del llamado en garantía para acreditar su derecho a realizar el llamamiento en garantía a mi prohilada en el proceso de la referencia.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

ME OPONGO A LA ÚNICA PRETENSIÓN del llamamiento en garantía como quiera que no se ha cumplido con lo prescrito en el artículo 1072 del Código de Comercio, es decir, no se ha acreditado la realización del riesgo asegurado y amparado en las pólizas, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al Asegurado derivado de un acto médico, acaecido dentro del período de retroactividad pactado en la póliza y reclamado por primera vez, de manera escrita dentro de la vigencia de la póliza. En ese sentido, la pretensión carece de fundamentos fácticos y jurídicos, si se tiene en consideración que en el plenario no obra prueba alguna que acredite una falla médica en los servicios prestados a Jesús Fernando Monje Fierro en la Clínica Uros S.A. y, por el contrario, se acredita que en caso del occiso, la enfermedad que padecía era extremadamente extraña y de difícil diagnóstico razón por la cual pese al esfuerzo de la Clínica no fue posible su diagnóstico con los insumos médicos asistenciales con los que este contaba.

EXCEPCIONES DE MÉRITO:

- 1. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A. TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN EL CONTRATO DE SEGURO No. 021945281/0.**

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohilada Allianz Seguros S.A., respecto de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021945281/0. Por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en las pólizas, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al Asegurado derivado de un acto médico, acaecido dentro del período de retroactividad pactado en la póliza y reclamado por primera vez, de manera escrita dentro de la vigencia de la póliza. Lo anterior, en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que mencionan y precisan su amparo principal como se describe a continuación:

- **Póliza No. 021945281/0**

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.

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO.

Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.” (Subrayado fuera del texto original)

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto no hubo falla médica atribuible a la Clínica Uros S.A.. Por cuanto como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, se actuó de manera oportuna, adecuada y diligente frente a la atención médica requerida por el señor Monje Fierro, dado que se le prestaron todos los servicios médicos requeridos y se realizó el procedimiento quirúrgico de la manera correcta, tal como lo indica la *lex artis*. En consecuencia, no existe realización de riesgo asegurado en el presente asunto, toda vez que no hubo falla en el servicio, pues de la historia clínica de la paciente, se puede establecer que se actuó de manera oportuna y diligente por parte de la Clínica y que no existió ningún error en la realización del procedimiento quirúrgico ni en la prestación de ningún servicio médico.

Así mismo, la Clínica Uros S.A. durante la prestación del servicio de salud que brindó al paciente, se adaptó a la *lex artis* y a la literatura médica a fin de brindar los servicios y tratamientos necesarios para deteriorar, tal como se expuso en la excepción de mérito propuesta en la contestación de la demanda. Así las cosas y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de la Clínica Uros S.A., no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla del servicio médico en cabeza de la Clínica Uros S.A., no podrá en ninguna circunstancia afectarse la Póliza 021945281/0, ni surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

Es menester señalar en este punto que, el cuidado del paciente fue diligente y cuidadoso ya que al ingreso a la Clínica se le practicaron todos los exámenes pertinentes según la sintomatología presentada, fue atendido por especialistas de diferentes ramas de la medicina y se le recetaron los medicamentos apropiados para tratar su padecimiento. En ese sentido, vale la pena reiterar que la tuberculosis extrapulmonar es una enfermedad muy

rara, de poca incidencia y de difícil diagnóstico debido a que comparte síntomas similares con otras enfermedades que, además, son mucho más frecuentes. Es por lo anterior que, durante la etapa diagnóstica se va descartando desde la enfermedad más probable a la mas improbable, tal como resulto ser el caso en marras.

En conclusión, la Clínica Uros S.A., durante la prestación del servicio de salud que brindó al paciente y específicamente, durante la prestación de servicios médicos y la realización de los diferentes tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos, se adaptó a la lex artis y a la literatura médica a fin de brindar los servicios y tratamientos adecuados para preservar su salud. Así las cosas y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de la Clínica Uros S.A., no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla del servicio médico en cabeza de la Clínica Uros S.A., no podrá en ninguna circunstancia afectarse la Póliza No. 021945281/0, ni surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

2. RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 021945281/0

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que se excluyen de amparo, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Pólizas. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

*“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, **el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente**, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”* (Subraya dentro del texto).

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia definió la inexistencia de responsabilidad del asegurador cuando el riesgo se encuentra expresamente excluido, así:

*“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. **Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo,** mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), **luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes.**”*

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2018, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro, no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

*“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, **en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.**”*

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «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” (Negrilla y resaltado por fuera del texto original).

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. De forma que, en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos,

no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

Así las cosas, según la jurisprudencia previamente expuesta, se evidencia cómo se exhorta a los Jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro. En este sentido, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza de la Compañía de Seguros. Ahora bien, en las condiciones generales de la Póliza No. RCCH 021945281/0 se pactaron expresamente las siguientes exclusiones:

“SECCIÓN SEGUNDA- EXCLUSIONES

la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.*
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.*
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.*
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.*
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.*
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.*

- *Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.*
- *Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.*
- *Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.*
- *Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.*
- *Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.*
- *Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.*
- *Contaminación paulatina*
- *Daños o perjuicios causados por enfermedad profesional o accidente de trabajo.*
- *enfermedad profesional o accidente de trabajo.*
- *Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción (CAR) Y Todo Riesgo Montaje (EAR).*
- *Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.*
- *Trabajos submarinos.*
- *Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.*
- *Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.*
- *Daños originados por la acción paulatina de aguas.*
- *Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.*

- *Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.*
- *Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.*
- *Retiro de productos del mercado.*
- *Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.*
- *Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.*
- *Responsabilidad Civil Directores y Administradores.*
- *La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)*
- *Responsabilidad Civil de productos de tabaco.*
- *Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones*
- *Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros*
 - *Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o en comisión o*
 - *Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporta, examen y similares). En el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión en tanto dichos bienes, o parte de los mismo, hayan sido objeto directo de esta actividad o*
 - *Que el asegurado tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.*
- *Obligaciones a cargo de asegurado en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.*
- *Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.*
- *Reclamaciones en las que se pida, expresamente o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el*

impedimento procesa de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con el poder legal, o de coacción de hecho.

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

De la misma manera, en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual y Profesional para Clínicas y Hospitales No. 021945281/0 se pactaron expresamente las siguientes exclusiones:

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

1. *Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.*
2. *Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.*
3. *De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:*
 - *Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.*
 - *Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.*
4. *Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.*

5. *Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.*
6. *Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.*
7. *Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.*
8. *Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditados para esto.*
9. *Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.*
10. *Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.*
11. *Por cirugía plástica o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.*
12. *Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.*
13. *Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.*
14. *Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.*
15. *Relacionadas con la operación de banco de sangre. En caso de transfusiones sanguíneas individuales, quedan excluidas las reclamaciones a consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.*
16. *Por Gastos Médicos en los que incurra el propio asegurado.*
17. *En las que se verifique por parte de la compañía que el asegurado no cumplió con la obligación de:*

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y*
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento”.*

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones arriba señaladas o cualquiera de las que constan en las condiciones generales, las pólizas no podrá ser afectada. En tanto la situación se encontraría inmersa en una exclusión. Así las cosas, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza del Allianz Seguros S.A., por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza, pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza de Allianz Seguros S.A. Por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de los Contratos de Seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, las Pólizas no cubrirían ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

3. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, el carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

“Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato.”

En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

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

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: daño constitucionalmente protegido y lucro cesante consolidado y futuro, no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte de la Clínica Uros S.A. implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte Demandante recibiendo una indemnización por parte de la Clínica Uros S.A. que nada tuvo que ver con el fallecimiento del paciente, toda vez que el procedimiento se realizó a cabalidad conforme lo indica la literatura médica, así como también se encuentra probado que recibió atención médica oportuna, adecuada y diligente.

Adicionalmente, no habría lugar al reconocimiento de estos conceptos, dado que: (i) No es procedente el reconocimiento de daño a los bienes constitucionales, por cuanto es una categoría de daño inmaterial desarrollada jurisprudencialmente por el Consejo de Estado, En ese entendido, el reconocimiento de perjuicios por esta tipología está encaminado directamente a restablecer a la víctima en el ejercicio de sus derechos y por ende no es de contenido pecuniario, (ii) No es procedente el reconocimiento de daño moral ya que, a lo largo de la demanda no se logra probar la existencia de una falla en el servicio y por el contrario de la narración de los hechos se puede afirmar que el fatal desenlace se debió a la patología propia de la enfermedad sufrida por el señor Monje Fierro la cual era de muy difícil diagnóstico tal como se puede constatar en la literatura médica sobre el particular y, (iii) no es procedente el reconocimiento de emolumento alguno por concepto de lucro

cesante, pues con los documento allegados al proceso no se logra probar que el señor Monje Fierro, antes de su estancia en la clínica y posterior muerte, tenía un trabajo o desarrollaba una actividad económica, que percibía un ingreso a razón de ello y que, le daba a su señora madre mensualmente una suma fija para sufragar sus gastos.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciendo a la accionante.

En conclusión, no puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Por todo lo anterior y teniendo en cuenta la indebida solicitud y tasación de perjuicios, se deberá declarar probada la presente excepción y así evitar la contravención del carácter indemnizatorio del contrato de seguro y un correlativo un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la actora.

7. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA No. 0219452810.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, por considerar que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de Allianz Seguros S.A. Aun cuando se encuentre probado que la modalidad de cobertura exige el cumplimiento de presupuestos que en el caso particular no se cumplieron. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”³⁵ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Que en este caso resulta ser la siguiente, para los amparos que a continuación se relacionan en virtud de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021945281/0:

| | |
|---------------------------|------------------|
| Límite asegurado evento | 1.200.000.000,00 |
| Límite asegurado vigencia | 1.200.000.000,00 |

³⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castil lo Rúgeles. EXP 5952.

| Coberturas | Límite Asegurado Evento | Límite Asegurado Vigencia |
|----------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 1.Predios, Labores y Operaciones | 1.200.000.000,00 | 1.200.000.000,00 |
| 10.RC. Profesional | 1.200.000.000,00 | 1.200.000.000,00 |

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

8. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA EL DEDUCIBLE PACTADO.

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro No. 0219452810:

DEDUCIBLES:

PLO: 10% DE LA PERDIDA, MINIMO \$3.450.000

RC PROFESIONAL: 10% DE LA PERDIDA, MINIMO \$3.450.000

En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el Honorable Juzgador tome en consideración que, tanto la definición del deducible como su forma de aplicación, ha sido ampliamente desarrollada por la Superintendencia Financiera de Colombia en distintos conceptos, como el que se expone a continuación:

*“Una de tales modalidades, **la denominada deducible, se traduce en la suma que el asegurador descuenta indefectiblemente del importe de la indemnización, de tal suerte que en el evento de ocurrencia del siniestro no indemniza el valor total de la pérdida**, sino a partir de un determinado monto o de una proporción de la suma asegurada, con el*

objeto de dejar una parte del valor del siniestro a cargo del asegurado. El deducible, que puede consistir en una suma fija, en un porcentaje o en una combinación de ambos, se estipula con el propósito de concientizar al asegurado de la vigilancia y buen manejo del bien o riesgo asegurado.

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”³⁶. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada civilmente responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, en el caso de la Póliza No. 021945281/0 asciende al 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$3,450,0000.

9. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o ante el llamamiento en garantía, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código del Comercio.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL DEMANDANTE

El Solicitante en su escrito de demanda exige el decreto de una prueba pericial. Sin embargo, en su solicitud no se cumplen los requisitos ni las ritualidades mínimas exigidas por mandato de la Ley, para que pueda la este Honorable Despacho decretarla. En otras palabras, la Ley Procesal aplicable a la materia establece unos requisitos que deben cumplirse estrictamente durante la petición de una prueba, so pena que el Juzgador se vea en la obligación de negar el decreto y por ende práctica de la misma.

El Código General del Proceso en su artículo 227 fija los requisitos mínimos que debe cumplir una parte procesal para solicitar el decreto de una pericia. Esta norma señala:

³⁶ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

“ARTÍCULO 227. DICTAMEN APORTADO POR UNA DE LAS PARTES.

***La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas.** Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.*

El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Esta norma imperativa de derecho público señala que cuando se requiera el decreto de una pericia, debe el solicitante aportarla junto con los anexos de su demanda. Ahora bien, al contrastar este requisito con lo escrito por el demandante, se evidencia que se está solicitando un término para aportar el dictamen, cuando el mismo debió haberse aportado conjuntamente con la demanda. En otras palabras, la parte actora no solo no cumple con los requisitos mínimos para el decreto de una prueba pericial, esto es, el hecho de aportar el dictamen junto con su escrito de demanda, sino que también, busca esquivar u omitir la carga que recae sobre sus hombros, y que debió cumplir en su oportunidad.

Adicionalmente, se debe recapitular lo expuesto por la Corte Constitucional en su sentencia T-504 de 1998, en donde expuso sin lugar a dudas que cuando una solicitud probatoria no cumple con los requisitos mínimos para su decreto, el juez en calidad de director del proceso, deberá abstenerse de decretar la misma. El tenor literal de dicha sentencia establece lo siguiente:

***“En el modo de pedir, ordenar y practicar las pruebas se exigen ciertos requisitos consagrados en el Código de Procedimiento Civil que constituyen una ordenación legal, una ritualidad de orden público, lo que significa que son reglas imperativas y no supletivas, es decir, son de derecho estricto y de obligatorio acatamiento por el juez y las partes.** Por otra parte, el juez como director del proceso, debe garantizar, en aras del derecho de defensa de las partes, los principios generales de la contradicción y publicidad de la prueba, y en este sentido, debe sujetarse a las exigencias consagradas en el procedimiento para*

cada una de las pruebas que se pidan (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)".

Por otra parte, el artículo 234 del Código General del Proceso dispone:

“Los jueces podrán solicitar, de oficio o a petición de parte **los servicios de entidades y dependencias oficiales para peritaciones que versen sobre materias propias de la actividad de aquellas**. Con tal fin las decretará y ordenará librar el oficio respectivo para que el director de las mismas designe el funcionario o los funcionarios que deben rendir el dictamen”.

En ese sentido, resulta claro que al dictamen solicitado por la parte demandante no le es aplicable la norma antes referida, como quiera que no se trata de un dictamen pericial de una entidad oficial. Más aún, cuando el dictamen se está solicitando a otro ente privado. Por lo que es claro que la petición del dictamen pericial de la parte demandante ataca la naturaleza del dictamen previsto en el artículo 234 del C.G.P., pues éste no se circunscribe a aquellos que solo pueden practicar las entidades oficiales. Por lo que la solicitud es improcedente.

En conclusión, teniendo en cuenta que la solicitud por la parte demandante no cumple con los requisitos mínimos y exigidos por la Ley Procesal para habilitar el decreto de la misma, comedidamente solicito al Honorable Despacho, que niegue el decreto y, por ende, la práctica de la pericia.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 021945281/0, con sus respectivos anexos, condicionado particular y general cuya tomadora es la Clínica Uros S.A..
- 1.2. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 02191189/0, con sus respectivos anexos, condicionado particular y general cuyo tomador es el Hospital María Inmaculada.

2. TESTIMONIALES

2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MARÍA DE LOS ÁNGELES GUSTÍN SÁNCHEZ**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **GUSTÍN SÁNCHEZ** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **KAMILO ANDRÉS MONJE GUSTÍN**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **GUSTÍN SÁNCHEZ** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2.3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **NINFA MONJE FIERRO**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **MONJE FIERRO** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2.4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **FREDY MONJE FIERRO**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **MONJE FIERRO** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2.5. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **DORIS GARCÍA MONJE**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora **GARCÍA MONJE** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2.6. Comendidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **EDWIN GARCÍA MONJE**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **GARCÍA MONJE** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2.7. Comendidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del representante legal de la demandada **HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA**, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser notificado en la dirección dispuesta para notificaciones de **HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA** relacionada en la contestación de la demanda.

2.8. Comendidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del representante legal de la demandada **CLÍNICA MEDILASER**, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser notificado en la dirección dispuesta para notificaciones de **CLÍNICA MEDILASER** relacionada en la contestación de la demanda.

2.9. Comendidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del representante legal de la demandada **CLÍNICA UROS**, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser notificado en la dirección dispuesta para notificaciones de **CLÍNICA UROS** relacionada en la contestación de la demanda.

2.10. Comendidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del representante legal de la demandada **CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ**, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser notificado en la dirección dispuesta para notificaciones **CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ** relacionada en la contestación de la demanda.

2.11. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del representante legal de la demandada **CLÍNICA DONCELLO LTDA.**, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser notificado en la dirección dispuesta para notificaciones de **CLÍNICA DONCELLO LTDA.** relacionada en la contestación de la demanda.

2.12. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del representante legal de la demandada **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO -E.S.E.- RAFAEL TOVAR POVEDA**, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El representante legal podrá ser notificado en la dirección dispuesta para notificaciones de **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO -E.S.E.- RAFAEL TOVAR POVEDA** relacionada en la contestación de la demanda

3. TESTIMONIALES

- 3.1. Solicito se sirva citar al doctor **JOSÉ HOLMAN CALDERON CASTRO**, médico especialista en Cirugía General de la Clínica Uros S.A., con el objeto de que se pronuncie sobre los servicios los médicos prestados al señor Jesús Fernando Monje Fierro y en general, sobre los hechos de la demanda. El testigo podrá ser citado a través de la Clínica Uros S.A.
- 3.2. Solicito se sirva citar al doctor **MARCOS AYALA HENAO**, médico especialista en Medicina Interna de la ESE Hospital María Inmaculada, con el objeto de que se pronuncie sobre los servicios los médicos prestados al señor Jesús Fernando Monje Fierro y en general, sobre los hechos de la demanda. El testigo podrá ser citado a través de la ESE Hospital María Inmaculada.
- 3.3. Solicito se sirva citar al doctor **ADOLFO PEREZ BONET**, médico especialista en Cirugía General de la ESE Hospital María Inmaculada, con el objeto de que se pronuncie sobre los servicios los médicos prestados al señor Jesús Fernando Monje Fierro y en general, sobre los hechos de la demanda. El testigo podrá ser citado a través de la ESE Hospital María Inmaculada.
- 3.4. Solicito se sirva citar al doctor **CAMILO ANDRÉS MENDOZA GAITÁN**, asesor externo de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares

y generales de las Pólizas, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. El testigo podrá ser citado en la CALLE 13 N° 10 -22 apt. 402 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico camiloanmega@gmail.com

ANEXOS

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de Allianz Seguros S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Cali.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal de Allianz Seguros S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

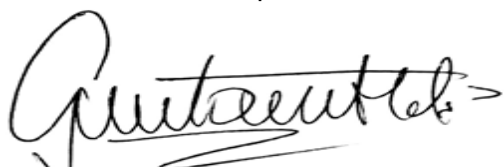
NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 13 A No. 29 – 24 Piso 9, de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co

Al suscrito en la Carrera 11 A No.94 A – 56, Oficina 402 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
021945281 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

30 de Junio de 2016

Tomador de la Póliza

CLINICA UROS S.A.

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

Atentamente

PERDOMO LLANO JAMES

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

| | |
|--|-----------|
| PRELIMINAR..... | 4 |
| CONDICIONES PARTICULARES..... | 5 |
| Capítulo I - Datos identificativos..... | 5 |
| CONDICIONES GENERALES..... | 11 |
| Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... | 11 |
| Capítulo III - Siniestros..... | 20 |
| Capítulo V - Cuestiones fundamentales de carácter general | 25 |

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

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

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

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

| | |
|----------------------------|---|
| Tomador del Seguro: | CLINICA UROS S.A. NIT: 8130115774 CR 6 CL 16 35 NEIVA Teléfono: 6101964 Email: cimuagui@hotmail.com |
| Asegurado: | CLINICA UROS S.A. NIT: 8130115774 CR 6 CL 16 35 NEIVA Teléfono: 6101964 Email: jperdomo.seguros@gmail.com |
| Póliza y duración: | Póliza n°: 021945281 / 0 Suplemento N°: 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 26/06/2016 hasta las 24:00 horas del 25/06/2017. Importes expresados en PESO COLOMBIANO. |
| Intermediario: | Renovable a partir del 25/06/2017 desde las 24:00 horas. PERDOMO LLANO JAMES Clave: 1702643 CL 95 NO 11A-84 -1184 OF 404 BOGOTA CC: 7723770 Teléfonos: 5286119 0 E-mail: james.perdomo@allia2.com.co |

Identificación del riesgo objeto del seguro

| Categoría del riesgo | Dirección del Riesgo |
|----------------------|----------------------|
| Servicios | CR 6 CL 16 35 |

| Descripción | Valor |
|------------------|----------------------------|
| Riesgo asegurado | Centros de Atención Medica |

| | |
|---------------------------|------------------|
| Ambito territorial | Colombia |
| Límite asegurado evento | 1.200.000.000,00 |
| Límite asegurado vigencia | 1.200.000.000,00 |
| Especialidad | Demás médicos |
| Numero de medicos | 5,00 |
| Grupo | A |
| Especialidad | Demás médicos |
| Numero de medicos | 83,00 |
| Grupo | B |

Ambito 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.

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

| Coberturas | Límite Asegurado Evento | Límite Asegurado Vigencia |
|----------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 1.Predios, Labores y Operaciones | 1.200.000.000,00 | 1.200.000.000,00 |
| 10.RC. Profesional | 1.200.000.000,00 | 1.200.000.000,00 |

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

| Código | Nombre Intermediario | % de Participación |
|---------|----------------------|--------------------|
| 1702643 | PERDOMO LLANO JAMES | 100,00 |

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Entidad hospitalaria

DEDUCIBLES:

PLO: 10% DE LA PERDIDA, MINIMO \$3.450.000

RC PROFESIONAL: 10% DE LA PERDIDA, MINIMO \$3.450.000

SUBJETIVIDAD:

La presente póliza se encuentra sujeta a la contratación del programa de seguros generales.

Se extiende a amparar los servicios a domicilio prestados por personal calificado y debidamente autorizado por el asegurado con ocasión del cuidado de enfermería a pacientes que por su patología requieren cuidados en casa, esta extensión aplica única y exclusivamente para pacientes de la Clínica Uros S.A

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 876738925

Período: de 26/06/2016 a 25/06/2017

Periodicidad del pago: ANUAL

| | |
|----------------------|----------------------|
| PRIMA | 32.604.000,00 |
| IVA | 5.216.640,00 |
| IMPORTE TOTAL | 37.820.640,00 |

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Asesor PERDOMO LLANO JAMES

Teléfono/s: 5286119 0

También a través de su e-mail: james.perdomo@allia2.com.co

Sucursal: PUENTE LARGO

Urgencias y Asistencia

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

En Bogotá5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

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

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



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

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

CLINICA UROS S.A.

PERDOMO LLANO
JAMES

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

Capítulo II

Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

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

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

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

utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Gastos de Defensa

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

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

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

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

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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

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

obligación de:

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

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

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

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

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

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

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

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

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

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

Capítulo III

Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

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

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

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

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

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

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

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

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

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos

por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

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

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

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

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

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

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

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

Capítulo V

Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.

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

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
- 2. BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
- 3. VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad Sunset

Se entenderá por RECLAMACIÓN:

- Un procedimiento judicial o administrativo
- Un requerimiento formal y por escrito dirigido al asegurado o asegurador en ejercicio de las acciones legales que correspondan

La comunicación al asegurador de cualquier hecho o circunstancia concreta, conocida por primera vez por el asegurado y notificada fehacientemente, que pueda razonablemente determinar la ulterior formulación de una petición de resarcimiento o hacer entrara en juego las garantías de la póliza

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.

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

sinistros.

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

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

7. PRIMA

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

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

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

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

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

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

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

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

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

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

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

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

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

10. GARANTÍAS

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

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que

sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.

- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

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

DERECHOS DE INSPECCIONES

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

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

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

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

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

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

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

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

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

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

14. AMBITO TERRITORIAL

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

15. SUBROGACIÓN

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

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

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

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

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

17. NOTIFICACIONES

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

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

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

20. DOMICILIO

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

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a DIEZ (10) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

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

Amparo automático para nuevos predios

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

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

Ampliación de términos de revocación

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

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

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

23/07/2015-1301-P-06-RCCH100 V2

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



PERDOMO LLANO JAMES

Agente de Seguros Vinculado

CC: 7723770

CL 95 NO 11A-84 -1184 OF 404

BOGOTÁ

Tel. 5286119

E-mail: james.perdomo@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24

Bogotá - Colombia

Conmutador: 5600600

Operador Automático: 5600601

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

Nit. 860026182 - 5

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
021911189 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

06 de Abril de 2016

Tomador de la Póliza

HOSPITAL MARIA INMACULADA

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

Atentamente

FLOREZ & ASOCIADOS Y CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

| | |
|--|-----------|
| PRELIMINAR..... | 4 |
| CONDICIONES PARTICULARES..... | 5 |
| Capítulo I - Datos identificativos..... | 5 |
| CONDICIONES GENERALES..... | 13 |
| Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... | 13 |
| Capítulo III - Siniestros..... | 22 |
| Capítulo V - Cuestiones fundamentales de carácter general | 27 |

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

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

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

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

| | |
|----------------------------|--|
| Tomador del Seguro: | HOSPITAL MARIA INMACULADA NIT: 8911800985 DI 0 0 0 BARRIO LA CONSOL FLORENCIA Teléfono: 436646400 |
| Asegurado: | HOSPITAL MARIA INMACULADA NIT: 8911800985 DI 0 0 0 BARRIO LA CONSOL FLORENCIA Teléfono: 436646400 Email: notienecorreo@allianz.co |
| Póliza y duración: | Póliza n°: 021911189 / 0 Suplemento N°: 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 01/04/2016 hasta las 24:00 horas del 31/12/2016. Importes expresados en PESO COLOMBIANO. |
| Intermediario: | Renovable a partir del 31/12/2016 desde las 24:00 horas. FLOREZ & ASOCIADOS Y CIA LTDA Clave: 1701962 CR 12 NO 13-72 - FLORENCIA NIT: 828002015 Teléfonos: 4352909 0 E-mail: florez.asociados@allia2.com.co |

Identificación del riesgo objeto del seguro

| Categoría del riesgo | Dirección del Riesgo |
|----------------------|---------------------------|
| Servicios | DI 0 0 0 BARRIO LA CONSOL |

| Descripción | Valor |
|------------------|--------------------------|
| Riesgo asegurado | Hospital Público Nivel I |

| | |
|---------------------------|------------------|
| Ambito territorial | Colombia |
| Límite asegurado evento | 1.000.000.000,00 |
| Límite asegurado vigencia | 1.000.000.000,00 |
| Especialidad | Demás médicos |
| Numero de medicos | 49,00 |
| Grupo | A |
| Especialidad | Demás médicos |
| Numero de medicos | 48,00 |
| Grupo | B |

Ambito 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.

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

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

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

| Código | Nombre Intermediario | % de Participación |
|---------|-------------------------------|--------------------|
| 1701962 | FLOREZ & ASOCIADOS Y CIA LTDA | 100,00 |

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Prestación de Servicios Públicos de salud
Hospital Publico Nivel I, II y III.

Vigencia Desde: 01/04/2016 a las 00:00

Hasta: 31/12/2016 a las 24:00

1.1 OBJETO DEL SEGURO:

Amparar los perjuicios patrimoniales, morales y extrapatrimoniales, los daños materiales y las lesiones personales que LA E.S.E. HOSPITAL MARIA INMACULADA Y SUS CENTROS DE SALUD, PUEBLO NUEVO - FLORENCIA, MORELIA Y LA MONTAÑITA CAQUETA que se causen con motivo de la Responsabilidad Civil Profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud, en el desarrollo de sus actividades profesionales por personal médico, paramédico y extra médico, vinculado o que esté bajo supervisión del mismo, en el HOSPITAL MARIA INMACULADA Y SUS CENTROS DE SALUD EN PUEBLO NUEVO FLORENCIA, MORELIA Y LA MONTAÑITA. CAQUETA, que conlleve a la declaratoria de responsabilidad civil patrimonial de esta entidad.

Igualmente se ampara el pago de la totalidad de perjuicios patrimoniales -incluido el lucro cesante- y extrapatrimoniales, en cualquiera de sus modalidades, sin sublímite.

1.2 LIMITE ASEGURADO: \$1.000.000.000 Evento / Vigencia

1.3 COBERTURAS:

1 Responsabilidad Civil Profesional imputable al asegurado como consecuencia de

las acciones y omisiones cometidas por el personal médico, paramédico y extra médico, que estén al servicio o bajo la supervisión del asegurado, incluida la culpa grave de alguno de estos. (la culpa grave de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio)

2. Responsabilidad Civil Profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados durante los procesos de referencia y contra referencia de pacientes, que haga otro médico o institución de la misma especialidad y que haya seguido las indicaciones, recomendaciones hechas por el asegurado (siempre y cuando el HOSPITAL MARIA INMACULADA sea solidariamente responsable,

en consecuencia se excluye cualquier reclamación derivada de la responsabilidad civil profesional propia de los médicos e instituciones que se realicen durante los procesos de referencia y contrareferencia)

3. Responsabilidad Civil Profesional del asegurado como consecuencia de los daños causados por el suministro de materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos. que hayan sido adquiridos por el asegurado o bajo supervisión directa, que sean necesarios para el tratamiento y estén debidamente registrados ante la autoridad competente

4. Responsabilidad Civil Profesional del asegurado como consecuencia de aborto legalmente permitido

5. Responsabilidad Civil derivada de Infecciones Nosocomiales.

6. Responsabilidad Civil derivada de la ocurrencia de un Evento Adverso, entendido como un evento accidental, súbito e imprevisto, que causa algún daño o complicación al paciente que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece.

7. Responsabilidad Civil derivada de la posesión o uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o terapia, siempre y cuando estén reconocidos por la ciencia médica.

8. Gastos de defensa en el proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza.

9. Servicios prestados por los funcionarios asignados por la entidad en cualquier lugar del territorio nacional. (única y exclusivamente del asegurado en los predios del Asegurado en cualquier lugar del territorio nacional).

10. Daños y perjuicios Morales, Materiales incluido Lucro Cesante, Daño Emergente, Daño a la Salud, Grave Alteración a las condiciones de Existencia y Daño a la Vida de Relación. Daño inmaterial por afectación relevante a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados.

1.4 CLÁUSULAS ADICIONALES:

1. Termino de Revocación de la póliza, aviso 90 días
2. Término Amparo automático de nuevos predios y operaciones, aviso 60 días
3. Indemnización por clara evidencia sin que exista previo fallo judicial
4. Extensión de cobertura para funcionarios como terceros.
5. Cobertura de polución y contaminación accidental.
6. Errores, omisiones e inexactitudes no intencionales. 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, y por lo tanto se entienden levantadas las exclusiones generales incluidas en la póliza y que tienen relación con esta cobertura: Errores y omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional Aplica para la Responsabilidad Civil Clínicas Hospitales.

7. Gastos adicionales por:

- Defensa de cualquier demanda civil entablada contra el asegurado.

Gastos adicionales por: Defensa de cualquier demanda civil entablada contra el asegurado

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, y los intereses de mora acumulados a cargo del asegurado sublimitado \$ 15.000.000 evento/vigencia con las salvedades siguientes:

*Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.

*Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.

*Si la condena por los perjuicios ocasionados a la victima excede el limite asegurado, La compañía solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.

*Gastos de Defensa

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

*Cauciones Judiciales: LA COMPAÑIA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del límite de Indemnización y

no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del límite de Indemnización. No obstante LA COMPAÑIA no estará obligada a expedir dichas cauciones.

OTRAS CLAUSULAS

.La cobertura incluye sede del Hospital y sus Centros de Salud adscritos ubicados en Pueblo Nuevo, Florencia, Morelia y la Montañita en Caquetá y así como aquellos por los cuales fuere o llegase a ser responsable.

Referente a la relación laboral del personal paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados se aclara que este puede ser contrato directo con el Hospital, contrato por modalidad de Prestación de Servicios Profesionales o personal contratados por el Hospital mediante de outsourcing o empresas de servicios temporales.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

*Extrapatrimoniales: Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

1.5 EXCLUSIONES. VER NUMERAL EXCLUSIONES

1.6 GARANTIAS: VER NUMERAL GARANTIAS

DEDUCIBLES:

RC PROFESIONAL: 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: 15% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000

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

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación del programa de Seguros Generales con Allianz Seguros S.A. y actualización de formulario

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 875476824

Período: de 01/04/2016 a 31/12/2016

Periodicidad del pago: ANUAL

| | |
|----------------------|----------------------|
| PRIMA | 37.671.233,00 |
| IVA | 6.027.397,00 |
| IMPORTE TOTAL | 43.698.630,00 |

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Asesor FLOREZ & ASOCIADOS Y CIA LTDA

Teléfono/s: 4352909 0

También a través de su e-mail: florez.asociados@allia2.com.co

Sucursal: NEIVA

Urgencias y Asistencia

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

En Bogotá5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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



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

HOSPITAL MARIA INMACULADA

FLOREZ & ASOCIADOS
Y CIA LTDA

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

Capítulo II

Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

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

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

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

utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Gastos de Defensa

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

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos

realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

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

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

tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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

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

obligación de:

- a. Mantener en perfectas condiciones los equipos asegurados, incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo con las estipulaciones de los fabricantes; y
- b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

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

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

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

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

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

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

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

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

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

Capítulo III

Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

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

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

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

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le

requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

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

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

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

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

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos

por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.

- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

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

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

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

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

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del

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

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

Capítulo V

Cuestiones fundamentales de carácter general

DEFINICIONES.

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

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica bajo esa denominación figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su responsabilidad como tal.
- 2. BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
- 3. VIGENCIA:** donde es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad Sunset

Se entenderá por RECLAMACIÓN:

- Un procedimiento judicial o administrativo
- Un requerimiento formal y por escrito dirigido al asegurado o asegurador en ejercicio de las acciones legales que correspondan

La comunicación al asegurador de cualquier hecho o circunstancia concreta, conocida por primera vez por el asegurado y notificada fehacientemente, que pueda razonablemente determinar la ulterior formulación de una petición de resarcimiento o hacer entrara en juego las garantías de la póliza

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.

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

sinistros.

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

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

7. PRIMA

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

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

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

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

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

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

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

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

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

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

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días hábiles desde el momento de la modificación.

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

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

10. GARANTÍAS

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

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que

sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.

- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

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

DERECHOS DE INSPECCIONES

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

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

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

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

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

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro más un recargo del 10% de la diferencia entre dicha prima y la anual. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.

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

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

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

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

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

14. AMBITO TERRITORIAL

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

15. SUBROGACIÓN

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

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

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

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

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

17. NOTIFICACIONES

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

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

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

19. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

EL TOMADOR y ASEGURADO autorizan a LA COMPAÑÍA para que informe use y/o consulte en las centrales de riesgos el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

20. DOMICILIO

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

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a Diez (10) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

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

Amparo automático para nuevos predios

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

Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los Sesenta(60) días siguientes a la fecha que adquiere el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

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

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de Noventa(90) días calendario.

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

23/07/2015-1301-P-06-RCCH100 V2

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



FLOREZ & ASOCIADOS Y CIA LTDA

NIT: 828002015
CR 12 NO 13-72 -
FLORENCIA
Tel. 4352909
Fax 4352909
E-mail: florez.asociados@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: 5600600
Operador Automático: 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

13 de Enero de 2016

Estimado Cliente:

Adjunto a esta comunicación estamos haciendo entrega del recibo No. 879757765 con el cual Allianz Seguros S.A. ha procedido a efectuar el cobro de prima acorde con los conceptos y datos a continuación relacionados:

| | |
|-------------------|---|
| Póliza No. | 21911189 |
| Tomador: | HOSPITAL MARIA INMACULADA |
| NIT: | 891.180.098-5 |
| Nombre de Agente: | NEGOCIOS , DIRECTOS |
| Clave agente: | 1700082 |
| Motivo de cobro: | SE EFECTUA COBRO POR PRORROGA DESDE EL 01 DE ENERO DE 2017 HASTA EL 28 DE FEBRERO DE 2017 A LAS 24 HORAS. PRIMA A COBRAR CON IVA \$ 10.440.000. |

Agradecemos tenga en cuenta las fechas, plazos y condiciones de pago estipuladas en el recibo anexo, y nuevamente le recordamos que clientes como usted son nuestro activo más valioso.

Cordial saludo,



Allianz Seguros S.A.
NIT. 860.026.182-5

ALLIANZ SEGUROS S.A

21 de Marzo de 2017

Estimado Cliente:

Adjunto a esta comunicación estamos haciendo entrega del recibo No. 880662285 con el cual Allianz Seguros S.A. ha procedido a efectuar el cobro de prima acorde con los conceptos y datos a continuación relacionados:

| | |
|-------------------|---|
| Póliza No. | 21911189 |
| Tomador: | HOSPITAL MARIA INMACULADA |
| NIT/CC: | 891.180.098-5 |
| Nombre de Agente: | NEGOCIOS, DIRECTOS |
| Clave agente: | 11700082 |
| Motivo de cobro: | SE EFECTUA COBRO POR PRORROGA DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 28/02/2017 HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 31/03/2017 POR VALOR DE \$ 7.310.973,00 (INCLUIDO IVA) |

Agradecemos tenga en cuenta las fechas, plazos y condiciones de pago estipuladas en el recibo anexo, y nuevamente le recordamos que clientes como usted son nuestro activo más valioso.

Cordial saludo,



Allianz Seguros S.A.
NIT. 866.026.182-5

ALLIANZ SEGUROS S.A

05 de Abril de 2017

Estimado Cliente:

Adjunto a esta comunicación estamos haciendo entrega del recibo No. 880982212 con el cual Allianz Seguros S.A. ha procedido a efectuar el cobro de prima acorde con los conceptos y datos a continuación relacionados:

| | |
|-------------------|---|
| Póliza No. | 21911189 |
| Tomador: | HOSPITAL MARIA INMACULADA |
| NIT/CC: | 891.180.098-5 |
| Nombre de Agente: | NEGOCIOS DIRECTOS |
| Clave agente: | 1700082 |
| Motivo de cobro: | SE EFECTUA COBRO POR PRORROGA DESDE EL 01 DE ABRIL DE 2017 A LAS 00:00 HORAS, HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2017 A LAS 24:00 HORAS, POR VALOR DE \$ 7.310.973, (INCLUIDO IVA) |

Agradecemos tenga en cuenta las fechas, plazos y condiciones de pago estipuladas en el recibo anexo, y nuevamente le recordamos que clientes como usted son nuestro activo más valioso.

Cordial saludo,



ALLIANZ SEGUROS S.A

ALLIANZ SEGUROS S. A.
NIT 860.026.182-5

Manizales, 28 de abril de 2017

Estimado Cliente

Adjunto a esta comunicación estamos haciendo entrega del recibo de pago relacionado a continuación Con el cual Allianz Seguros ha procedido a efectuar el cobro de prima acorde con los conceptos y datos a continuación relacionamos

| | |
|----------|---|
| POLIZA: | 21911189 |
| VALOR: | \$4.890.411 |
| RECIBO: | 881294542 |
| TOMADOR: | HOSPITAL MARIA INMACULADA |
| NIT: | 891.180.098-5 |
| MOTIVO: | COBRO CORRESPONDIENTE A LA PRORROGA (VIGENCIA DEL 01/05/2017 A LAS 0:00 HORAS AL 31/05/2017 A LAS 24:00 HORAS) |

Agradecemos tenga en cuenta las fechas, plazos y condiciones de pago estipuladas en el recibo anexo, y nuevamente le recordamos que clientes como usted son nuestro activo mas valioso.

Estamos a su disposición y prestos para servirle y entregarle nuestro permanente respaldo

Atentamente,




ALLIANZ SEGUROS S.A.

05 de Junio de 2017

Estimado Cliente:

Adjunto a esta comunicación estamos haciendo entrega del recibo No. 881795860 con el cual Allianz Seguros S.A. ha procedido a efectuar el cobro de prima de acorde con los conceptos y datos a continuación relacionados:

| | |
|-------------------|--|
| Póliza No. | 21911189 |
| Tomador: | HOSPITAL MARIA INMACULADA. |
| CC/Nit: | 891.180.098-5 |
| Nombre del Agente | NEGOCIO DIRECTO. |
| Clave agente | 1700082 |
| Motivo de cobro | A SOLICITUD DEL ASEGURADO SE PRORROGA LA PRESENTE POLIZA DESDE EL 01 DE JUNIO DE 2.017 A LAS 00:00 HORAS Y HASTA EL 31 DE JULIO DE 2.017 A LAS 24:00 HORAS EN IGUALDAD DE CONDICIONES. |

PRIMA A COBRAR CON IVA \$ 15.109.103.

Estamos a su disposición y prestos para servirle y entregarle nuestro permanente respaldo.

Cordial saludo,



ALLIANZ SEGUROS S.A

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

NOMBRE, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA

Nombre: ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Matrícula No.: | 178756-2 |
| Fecha de matrícula en esta Cámara: | 14 de agosto de 1986 |
| Último año renovado: | 2021 |
| Fecha de renovación: | 24 de marzo de 2021 |

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS, RENUEVE EN WWW.CCC.ORG.CO. EL PLAZO PARA RENOVAR LA MATRÍCULA ES HASTA EL 31 DE MARZO DE 2022.

UBICACIÓN

| | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Dirección comercial: | AV. 6 A N 23 - 13 |
| Municipio: | Cali - Valle |
| Correo electrónico: | notificacionesjudiciales@allianz.co |
| Teléfono comercial 1: | 3989339 |
| Teléfono comercial 2: | No reportó |
| Teléfono comercial 3: | No reportó |

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Dirección para notificación judicial: | AV. 6 A N 23 - 13 |
| Municipio: | Cali - Valle |
| Correo electrónico de notificación: | notificacionesjudiciales@allianz.co |
| Teléfono para notificación 1: | No reportó |
| Teléfono para notificación 2: | No reportó |
| Teléfono para notificación 3: | No reportó |

La sucursal ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1 NO autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Demanda de:ADELAISY VALENCIA MUÑOZ Y OTROS

Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:ORDINARIO

Documento: Oficio No.496 del 29 de agosto de 2014

Origen: Juzgado 3 Civil Del Circuito Descongestion de Cali

Inscripción: 01 de octubre de 2014 No. 1966 del libro VIII

Demanda de:FERNEY MARIN MURILLO

Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Documento: Oficio No.3823 del 20 de octubre de 2015

Origen: Juzgado 14 Civil Del Circuito De Oralidad de Cali

Inscripción: 18 de noviembre de 2015 No. 2507 del libro VIII

Demanda de:NORVELLY SERNA LARGO C.C.31.479.958

Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

Documento: Oficio No.936 del 15 de marzo de 2019

Origen: Juzgado Catorce Civil Del Circuito de Cali

Inscripción: 03 de abril de 2019 No. 913 del libro VIII

Demanda de:ZAMARA LORENA SALINAS, JULIAN ANDRES ALVAREZ SALINAS, JORGE ALEJANDRO ALVAREZ SALINAS

Contra:ALLIANZ SEGUROS S.A.

Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALLIANZ SEGUROS S.A. - SUCURSAL CALI 1

Proceso:VERBAL RESPONSABILIDAD EXTR.

Documento: Oficio No.260 del 12 de marzo de 2020

Origen: Juzgado Primero Civil Del Circuito De Oralidad de Cali

Inscripción: 28 de agosto de 2020 No. 783 del libro VIII

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Demanda de:PROYECTAR INGENIERIA S.A.S.
Contra:ALLIANZ SEGUROS SA
Bienes demandados:ESTABLECIMINTO DE COMERCIO

Proceso:RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL (VERBAL-DECLARATIVO)
Documento: Oficio No.128 del 10 de febrero de 2021
Origen: Juzgado Septimo Civil Del Circuito de Cali
Inscripción: 09 de julio de 2021 No. 1114 del libro VIII

Demanda de:WILSON ENRIQUE SIERRA FORONDA/GRACIELA FORONDA DE SIERRA/MARIA ELENA SIERRA FORONDA/LUZ JACQUELINE SIERRA FORONDA/SANDRA MERCEDES SIERRA FORONDA/HENRY JAIR SIERRA FORONDA
Contra:ALLIANZ SEGUROS SA
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:VERBAL-RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL
Documento: Oficio No.612 del 04 de octubre de 2021
Origen: Juzgado Diecinueve Civil Del Circuito de Bogota
Inscripción: 09 de noviembre de 2021 No. 2070 del libro VIII

PROPIETARIO

| | |
|----------------|---------------------|
| Nombre: | ALLIANZ SEGUROS SA |
| NIT: | 860026182 - 5 |
| Matrícula No.: | 15517 |
| Domicilio: | Bogota |
| Dirección: | CR 13 A NO. 29 - 24 |
| Teléfono: | 5188801 |

APERTURA DE SUCURSAL

QUE POR ESCRITURA NRO. 3.800 DEL 16 DE AGOSTO DE 1974, NOTARIA DECIMA DE BOGOTA, INSCRITA EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 13 DE AGOSTO DE 1986 BAJO LOS NROS. 27756 Y 1067 DE LOS LIBROS VI Y V, CONSTA QUE SE CONFIRMO LA AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO DE UNA SUCURSAL DE LA SOCIEDAD EN LA CIUDAD DE CALI.

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

NOMBRAMIENTO(S)

Por Acta No. 691 del 27 de marzo de 2014, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de agosto de 2014 con el No. 1820 del Libro VI, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|---------------------|------------------------------|----------------|
| SUBGERENTE SUCURSAL | ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN | C.C.67004161 |

Por Acta No. 760 del 02 de diciembre de 2019, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 07 de septiembre de 2021 con el No. 1878 del Libro VI, se designó a:

| CARGO | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN |
|------------------|-------------------------------|----------------|
| GERENTE SUCURSAL | BENITO JOSE FERNANDEZ HEIDMAN | C.C.79317757 |

PODERES

Por Escritura Pública No. 1461 del 09 de agosto de 2000 Notaria Septima de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de octubre de 2000 con el No. 247 del Libro V POR MEDIO DE LA CUAL COMPARECIO EL SENOR JOSE PABLO NAVAS PRIETO, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE BOGOTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 2.877.617 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. Y QUE EN TAL CARACTER CONFIERE PODER GENERAL A LA DOCTORA CLAUDIA ROMERO LENIS, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.873.416 EXPEDIDA EN BUGA, PARA QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD PODERDANTE EJERZA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE LOS JUZGADOS, TRIBUNALES SUPERIORES, DE ARBITRAMENTO VOLUNTARIO Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTE O COMO DEMANDADA, COMO COADYUVANTES U OPOSITORES. B. OTORGAR EN NOMBRE DE LA CITADA SOCIEDAD LOS PODERES ESPECIALES QUE SEAN DEL CASO. C. REPRESENTAR A LA MISMA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL. D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O INTERROGATORIOS DE PARTE, ASI COMO ABSOLVER ESTOS, CONFESAR Y COMPROMETER EN ELLOS A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA. E. OBJETAR LAS RECLAMACIONES QUE PRESENTEN LOS ASEGURADOS A LAS SOCIEDADES PODERDANTES. F. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION GENERAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, RECONSIDERACION Y APELACION, TANTO ORDINARIOS COMO EXTRAORDINARIOS. G. REPRESENTAR A LA CITADA SOCIEDAD EN LAS REUNIONES DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS GENERALES DE SOCIOS DE SOCIEDADES EN QUE AQUELLA SEA ACCIONISTA O SOCIA Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACION PARA TALES ASAMBLEAS O JUNTAS, CUANDO SEA EL CASO. H. EN

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

GENERAL LA DOCTORA MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO CONSAGRADO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL MISMO ORDEN. IGUALMENTE QUEDA FACULTADA EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR Y DESIGNAR ARBITROS ASI COMO TAMBIEN PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3231 del 14 de agosto de 2007 Notaria Treinta Y Uno de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 12 de septiembre de 2007 con el No. 112 del Libro V , SE CONFIERE PODER GENERAL A WILLIAM BARRERA VALDERRAMA, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No.91.297.787 DE BUCARAMANGA, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) OBJETAR LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS A LA SOCIEDAD PODERDANTE POR ASEGURADORAS, BENEFICIARIOS Y EN GENERAL, CUALQUIER PERSONA, E IGUALMENTE PRONUNCIARSE SOBRE LAS SOLICITUDES DE RECONSIDERACIÓN DE OBJECIONES QUE SEAN PRESENTADAS A DICHA SOCIEDAD, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES. B) ASISTIR A AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES QUE COMPROMETAN A LA SOCIEDAD PODERDANTE, EXCLUSIVAMENTE EN EL RAMO DE AUTOMÓVILES.

Por Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 Notaria Veintinueve de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de julio de 2008 con el No. 132 del Libro V COMPARECIO CLAUDIA VICTORIA SALGADO RAMIREZ, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 39.690.201 DE USAQUEN Y MANIFESTO: QUE OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. QUE EN TAL CARÁCTER Y POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO CONFIERE PODER GENERAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS: ALBA INES GOMEZ VELEZ, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 30.724.774 EXPEDIDA EN PASTO Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADA No. 48.637 Y GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 19.395.114 EXPEDIDA EN BOGOTA Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO No. 39.116, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS: A) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, JUZGADOS, FISCALIAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES DE CUALQUIER TIPO, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LLAMADAS EN GARANTIA, LITISCONSORTES, COADYUVANTES O TERCEROS INTERVINIENTES. B) REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL. C) ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD ANTES MENCIONADA LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D) NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN LA SOLICITUD Y PRACTICA DE PRUEBAS ANTICIPADAS, ASI COMO EN DILIGENCIAS DE EXHIBICION DE DOCUMENTOS, ABSOLVER

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

INTERROGATORIOS DE PARTE, COMPARECER A ASISTIR Y DECLARAR EN TODO TIPO DE DILIGENCIAS Y AUDIENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PROCESALES O EXTRAPROCESALES, RECIBIR NOTIFICACIONES O CITACIONES ORDENADAS POR JUZGADOS O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTIR Y REPRESENTAR A LAS COMPAÑIAS EN TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, RENUNCIAR A TERMINOS, CONFESAR Y COMPROMETER A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA, QUEDANDO ENTENDIDO QUE LAS NOTIFICACIONES, CITACIONES Y COMPARECENCIAS PERSONALES DE REPRESENTANTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES QUEDARAN VALIDA Y LEGALMENTE HECHAS A TRAVES DE LOS APODERADOS GENERAL AQUÍ DESIGNADOS Y E) EN GENERAL, LOS ABOGADOS MENCIONADOS QUEDAN AMPLIAMENTE FACULTADOS PARA ACTUAR CONJUNTA O SEPARADAMENTE, ASI COMO PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO ESTABLECIDO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES. IGUALMENTE QUEDAN FACULTADOS EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, RECIBIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR, ASI COMO PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 2426 del 09 de julio de 2009 Notaria Veintitres de Bogota , inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de julio de 2009 con el No. 121 del Libro V , MEDIANTE EL CUAL SE OTORGA PODER GENERAL A MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS, IDENTIFICADA CON LA C.C. NRO. 38.873.416 DE BUGA CON TARJETA PROFESIONAL NRO. 83061 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA; PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES MENCIONADAS EJECUTE EN EL VALLE DEL CAUCA Y EL CAUCA LOS SIGUIENTES ACTOS:

A. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS REFERIDAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, FISCALIAS DE TODO NIVEL, JUZGADOS Y TRIBUNALES DE TODO TIPO, INCLUIDOS TRIBUNALES DE ARBITRAMIENTO DE CUALQUIER CLASE, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LITISCONSORTES, COADYUVANTE U OPOSITORES. B. REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS SOCIEDADES PODERDANTES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL. C. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS LOS RECURSOS ORDINARIOS TALES COMO REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS RECURSOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY. D. REALIZAR LAS GESTIONES SIGUIENTES, CON AMPLIAS FACULTADES DE REPRESENTACION: NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O EMANADAS DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, O DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES, DESCORRER TRASLADOS, INTERPONER Y SUSTENTAR RECURSOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS, RENUNCIAR A TERMINOS, ASISTIR A TODA CLASE DE AUDIENCIAS Y DILIGENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES CON VIRTUALIDAD PARA COMPROMETER A LAS SOCIEDADES PODERDANTES DE QUE SE TRATE, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDADES QUE REPRESENTA. E. RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 3024 del 04 de diciembre de 2014 Notaria Veintitres de Bogota ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 22 de julio de 2015 con el No. 238 del Libro V , COMPARECIÓ ALBA LUCIA GALLEG0 NIETO, IDENTIFICADA CON C.C.30278007 DE MANIZALES, MANIFESTÓ: QUE ACTÚA EN SU CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL DE (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. QUE POR MEDIO DE LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA (I) ALLIANZ SEGUROS S.A. Y (II) ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., (LAS "SOCIEDADES"), EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 263 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CONFIEREN PODER A LOS GERENTES Y SUBGERENTES DE LAS SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES, PARA EJECUTAR, EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, EN EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL SE ENCUENTRE UBICADA LA RESPECTIVA SUCURSAL LOS SIGUIENTES ACTOS:

1. EJECUTAR Y HACER EJECUTAR LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y LAS DECISIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.
2. CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, QUE SEAN PROPIOS DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS DE LAS SOCIEDADES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA.
3. PARTICIPAR EN LICITACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, PRESENTANDO OFERTAS, DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO, Y SUSCRIBIENDO LOS CONTRATOS QUE DE ELLAS SE DERIVEN CUALQUIERA SEA SU CUANTÍA.
4. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE LOS RAMOS AUTORIZADOS A CADA UNA DE LAS SOCIEDADES, INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A PÓLIZAS DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO, PÓLIZAS DE SEGUROS DE VIDA, PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD, PÓLIZAS DE SEGUROS DE AUTOMÓVILES, PÓLIZAS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD.
5. FIRMAR LAS PÓLIZAS DE DISPOSICIONES LEGALES QUE OTORQUE ALLIANZ SEGUROS S.A. EN EL RAMO DE CUMPLIMIENTO, CUYO ASEGURADO SEA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.
6. RECAUDAR PRIMAS DE SEGUROS Y RECAUDAR CUOTAS CORRESPONDIENTES A LOS CRÉDITOS QUE OTORGUEN LAS SOCIEDADES.
7. FIRMAR OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS A LAS SOCIEDADES SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE ÉSTAS.
8. CUIDAR QUE TODOS LOS VALORES PERTENECIENTES A LA SOCIEDAD Y LOS QUE ÉSTA TENGA EN CUSTODIA, SE MANTENGAN CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS.
9. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, INSPECCIONES DEL TRABAJO, JUZGADOS, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES SUPERIORES, CONTENCIOSO ADMINISTRATIVOS Y DE ARBITRAMENTO.
10. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.
11. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

12. FIRMAR, FÍSICA, ELECTRÓNICAMENTE O POR CUALQUIER MEDIO QUE ESTABLEZCA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN O LAS ADMINISTRACIONES DE ADUANAS E IMPUESTOS TERRITORIALES, LAS DECLARACIONES DE CUALQUIER TIPO DE IMPUESTOS U OBLIGACIONES TRIBUTARIAS QUE ESTÉN A CARGO DE LAS SOCIEDADES.

13. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS DE SOCIOS DE LAS SOCIEDADES EN LAS CUALES LAS SOCIEDADES SEAN ACCIONISTAS O SOCIAS Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN PARA TALES REUNIONES, CUANDO SEA EL CASO.

14. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.

15. FIRMAR TRASPASOS DE VEHÍCULOS QUE SE EFECTÚEN A NOMBRE DE LAS SOCIEDADES Y ADELANTAR ANTE LAS ENTIDADES COMPETENTES TODAS LAS GESTIONES PERTINENTES AL TRÁMITE DE LOS MISMOS SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLÍTICAS INTERNAS DE LAS SOCIEDADES.

16. CUMPLIR LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS- CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES-: SEGUROS GENERALES

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS CASA PRINCIPAL

QUE EN LOS REGISTROS QUE SE LLEVAN EN ESTA CAMARA DE COMERCIO, FIGURAN INSCRITOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A NOMBRE DE: ALLIANZ SEGUROS SA

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

| DOCUMENTO | INSCRIPCIÓN |
|---|------------------------------|
| E.P. 4204 del 01/09/1969 de Notaria Decima de Bogota | 15962 de 11/02/1976 Libro IX |
| E.P. 5319 del 30/10/1971 de Notaria Decima de Bogota | 15963 de 11/02/1976 Libro IX |
| E.P. 2930 del 25/07/1972 de Notaria Decima de Bogota | 15964 de 11/02/1976 Libro IX |
| E.P. 2427 del 05/06/1973 de Notaria Decima de Bogota | 15965 de 11/02/1976 Libro IX |
| E.P. 1273 del 23/05/1983 de Notaria Decima de Bogota | 86893 de 13/08/1986 Libro IX |
| E.P. 2858 del 26/07/1978 de Notaria Decima de Bogota | 1211 de 19/06/1996 Libro VI |
| E.P. 3511 del 26/10/1981 de Notaria Decima de Bogota | 1212 de 19/06/1996 Libro VI |
| E.P. 1856 del 08/07/1982 de Notaria Decima de Bogota | 1214 de 19/06/1996 Libro VI |
| E.P. 1491 del 16/06/1983 de Notaria Decima de Bogota | 1215 de 19/06/1996 Libro VI |
| E.P. 1322 del 10/03/1987 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1216 de 19/06/1996 Libro VI |
| E.P. 3089 del 28/07/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota | 1217 de 19/06/1996 Libro VI |

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

| | |
|---|-----------------------------|
| E.P. 4845 del 26/10/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota | 1218 de 19/06/1996 Libro VI |
| E.P. 2186 del 11/10/1991 de Notaria Dieciseis de Bogota | 1219 de 19/06/1996 Libro VI |
| E.P. 1115 del 17/04/1995 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota | 1222 de 19/06/1996 Libro VI |
| E.P. 5891 del 21/06/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1946 de 26/09/1996 Libro VI |
| E.P. 1959 del 03/03/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1482 de 24/07/1997 Libro VI |
| E.P. 0285 del 18/01/2002 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1493 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 8964 del 04/09/2002 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1494 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 5562 del 14/05/2003 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1495 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 0997 del 07/02/2005 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1496 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 1903 del 28/05/2008 de Notaria Treinta Y Uno de Bogota | 1497 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 2736 del 08/04/2010 de Notaria Setenta Y Dos de Bogota | 1498 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 2197 del 14/07/2010 de Notaria Veintitres de Bogota | 1499 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 3950 del 16/12/2010 de Notaria Veintitres de Bogota | 1500 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 3759 del 15/12/1982 de Notaria Decima de Bogota | 1501 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 447 del 30/03/1994 de Notaria Cuarenta Y Siete de Bogota | 1502 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 9236 del 20/09/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1503 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 1572 del 21/02/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1504 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 2162 del 07/03/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1505 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 1366 del 11/06/1997 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota | 1506 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 6941 del 16/07/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1507 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 12533 del 16/12/1997 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1508 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 2432 del 24/09/1998 de Notaria Septima de Bogota | 1509 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 3298 del 24/12/1998 de Notaria Septima de Bogota | 1510 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 1203 del 15/06/1999 de Notaria Septima de Bogota | 1511 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 1131 del 28/06/2000 de Notaria Septima de Bogota | 1512 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 6315 del 24/08/2000 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1513 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 7672 del 02/10/2001 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1514 de 30/06/2011 Libro VI |
| E.P. 8774 del 01/11/2001 de Notaria Veintinueve de Bogota | 1515 de 30/06/2011 Libro VI |

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Bogota

E.P. 10741 del 11/12/2001 de Notaria Veintinueve de 1516 de 30/06/2011 Libro VI
Bogota

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

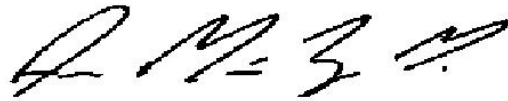
De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

Recibo No. 8397066, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822900CL2

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6204011696052127

Generado el 07 de abril de 2022 a las 10:39:44

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ALLIANZ SEGUROS S.A.

NIT: 860026182-5

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 4204 del 01 de septiembre de 1969 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de ASEGURADORA COLSEGUROS S.A.

Escritura Pública No 1959 del 03 de marzo de 1997 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocoliza el acuerdo de fusión mediante el cual, ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. absorbe a LA NACIONAL COMPANÍA DE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. quedando esta última disuelta sin liquidarse.

Escritura Pública No 8774 del 01 de noviembre de 2001 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocoliza la Resolución 1191 del 24 de octubre de 2001 mediante la cual la Superintendencia Bancaria autoriza el acuerdo de fusión de ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. como absorbente de CYBERSEGUROS DE COLOMBIA S.A., antes LA NACIONAL DE SEGUROS DE VIDA S.A., quedando esta última disuelta sin liquidarse.

Escritura Pública No 2197 del 14 de julio de 2010 de la Notaría 23 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de la sociedad es la ciudad de Bogotá

Escritura Pública No 676 del 16 de marzo de 2012 de la Notaría 23 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). , modifica la razón social de ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. por la de ALLIANZ SEGUROS S.A.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 5148 del 31 de diciembre de 1991

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente es representante legal de la sociedad y tendrá a su cargo la suprema dirección y administración de los negocios, dentro de las atribuciones que le concedan los estatutos y los acuerdos y las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. En las faltas absolutas del Presidente, entendiéndose por tales la muerte, la renuncia aceptada y la separación del cargo por más de treinta días sin licencia o causa justificada, la Junta Directiva procederá a elegir nuevo Presidente para el resto del periodo. En las faltas accidentales, el Presidente será reemplazado por cualquiera de los Vicepresidentes, el Secretario General y demás representantes legales que sean nombrados por la Junta Directiva. **FUNCIONES.** Son funciones del Presidente: 1. Ejecutar y hacer ejecutar las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva; 2. Celebrar todos los contratos referentes al giro ordinario de los negocios de la sociedad, cualquiera sea su objeto y cuantía, y presentar ofertas, directamente o por intermedio de apoderado, en licitaciones públicas o privadas, cualquiera que sea el objeto y la cuantía de ellas y suscribir los contratos que de ellas se deriven; 3. Examinar y revisar los estados financieros de la sociedad; 4. Constituir mandatarios o apoderados que representen a la sociedad y transigir o conciliar cualquier

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6204011696052127

Generado el 07 de abril de 2022 a las 10:39:44

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

litigio o controversia que tenga la sociedad o someterlo a arbitramento. 5. Presentar a la Junta directiva, en tiempo oportuno, los estados financieros de propósito general individuales y consolidados, con sus notas, cortados al fin del respectivo ejercicio, junto con los documentos que señale la ley, y el informe de gestión, así como el especial cuando se dé la configuración de un grupo empresarial, todo lo cual se presentará a la Asamblea General de Accionistas; 6. Vigilar la marcha de la sociedad, cuidando, en general, su administración; 7. Someter a la aprobación de la Junta Directiva las cuentas, balances, presupuestos de gastos y demás asuntos sobre los cuales aquella deba resolver; 8. Cuidar que todos los valores pertenecientes a la sociedad, y los que ésta tenga en custodia, se mantengan con las derivas seguridades; 9. Determinar los gastos extraordinarios que demande el servicio de la sociedad. Si la operación supera el equivalente a un millón de euros (1.000.000), es necesaria la previa aprobación por parte de la Junta Directiva; 10. Nombrar, cuando lo considere oportuno, con los títulos y atribuciones que juzgue convenientes, todos los funcionarios que sean necesarios para la buena marcha de la sociedad, cuyo nombramiento no esté atribuido a la Asamblea General de Accionistas o a la Junta Directiva, y concederles licencias para separarse temporalmente de sus cargos. Así mismo, podrá removerlos en cualquier tiempo; 11. Señalar los sueldos que deban percibir los empleados de la sociedad, o determinar normas de carácter general para la fijación y modificación de tales sueldos; 12. Otorgar préstamos con garantía hipotecaria o prendaria, enajenar los bienes de la sociedad, ya sean muebles o inmuebles, obtener préstamos garantizados o no con prendas o hipotecas sobre los bienes de la sociedad y celebrar los contratos respectivos. Si la operación supera el equivalente a ocho millones de euros (8.000.000), es necesaria la previa aprobación por parte de la Junta Directiva; 13. Constituir cauciones reales o personales como garantía de las obligaciones que contraigan la sociedad, sus accionistas o las sociedades o empresas en las que tenga interés. Si la operación supera el equivalente a un millón quinientos mil euros (1.500.000), es necesaria la previa aprobación por parte de la Junta Directiva; 14. Fijar, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en cada ejercicio, las primas, bonificaciones o gratificaciones voluntarias que deban concederse a los empleados de la sociedad, tanto de la oficina principal, como de las sucursales o agencias; 15. Autorizar y fijar las condiciones para tomar dinero a interés con destino al desarrollo de los negocios sociales. Si la operación supera el equivalente a ocho millones de euros (8.000.000) es necesaria la previa aprobación por parte de la Junta Directiva; 16. Cumplir las demás funciones que le señalen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva y las que le correspondan por la naturaleza de su cargo; 17. Rendir cuentas comprobadas de su gestión en los siguientes eventos: al final de cada ejercicio; cuando se las exija el órgano que sea competente para ello y dentro del mes siguiente a la fecha en la cual se retire de su cargo. Para tal efecto se presentarán los estados financieros que fueren pertinentes, junto con un informe de gestión; 18. Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva en relación con el Sistema de Control Interno (SCI); 19. Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la organización. 20. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades; 21. Implementar los diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta relacionadas con SCI; 22. Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo; 23. Realizar revisiones periódicas a los manuales y códigos de ética y de gobierno corporativo, 24. Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor; 25. Proporcionar los recursos que se requieran por el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva; 26. Velar por el estricto cumplimiento de los niveles de autorización, cupos u otros límites o controles establecidos en las diferentes actividades realizadas por la sociedad, incluyendo las adelantadas con administradores, miembros de junta, matriz, subordinadas y demás vinculados económicos; 27. Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la correspondiente entidad; 28. Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, para lo cual deberán diseñar procedimientos de control y revelación para que la información financiera sea presentada en forma adecuada; 29. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio Web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad; 30. Definir



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6204011696052127

Generado el 07 de abril de 2022 a las 10:39:44

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

políticas y un programa antifraude, para mitigar los riesgos de una defraudación en la entidad; 31. Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad; 31. Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer al máximo órgano social la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de los elementos señalados en el numeral 7.5 de la Circular Externa 014 de 2009. En el caso de los grupo empresariales, la evaluación sobre la eficacia del SCI de la matriz debe incluir también a las entidades subordinadas (filiales o subsidiarias). En general, el Presidente es el responsable de implementar los procedimientos de control y revelación, verificar su operatividad al interior de la sociedad y su adecuado funcionamiento, para lo cual no debe limitarse a la revisión de los informes que le presenten las diferentes áreas de la organización sino que debe demostrar la ejecución de acciones concretas para verificar la veracidad y confiabilidad del contenido de dichos informes y la eficacia de los controles. VICEPRESIDENTES la sociedad tendrá los Vicepresidentes y los demás representantes legales que determine nombrar la Junta Directiva. Estos funcionarios son también representantes legales de la sociedad. "ARTICULO 56. - FUNCIONES. Los Vicepresidentes Nombrados por la Junta Directiva tendrán las siguientes funciones: 1. Ejecutar y hacer ejecutar las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva; 2. Celebrar todos los contratos referentes al giro ordinario de los negocios de la sociedad cualquiera que su objeto y cuantía y presentar ofertas, directamente o por intermedio de apoderado, en licitaciones públicas o privadas, cualquiera que sea el objeto y la cuantía de ellas y suscribir los contratos que de ellas se deriven; 3. Constituir mandatarios o apoderados que representen a la sociedad y transigir o conciliar cualquier litigio o controversia que tenga la sociedad o someterlo a arbitramento. 4. Cuidar que todos los valores pertenecientes a la sociedad y los que ésta tenga en custodia se mantengan con las debidas seguridades; 5. Otorgar préstamos con garantía hipotecaria o prendaria, enajenar los bienes de la sociedad, ya sean muebles o inmuebles, obtener préstamos garantizados o no con prendas o hipotecas sobre los bienes de la sociedad y celebrar los contratos respectivos; si la operación supera el equivalente a ocho millones de euros (8.000.000) es necesaria la previa aprobación por parte de la Junta Directiva. 6. Constituir cauciones reales o personales, en garantía de las obligaciones que contraiga la sociedad, sus accionistas o las sociedades o empresas en las que tenga interés; si la operación supera el equivalente a un millón quinientos mil euros (1.500.000) es necesaria la previa aprobación por parte de la Junta Directiva; 7. Autorizar y fijar las condiciones para tomar dinero a interés con destino al desarrollo de los negocios sociales; si la operación supera el equivalente a ocho millones de euros (8.000.000) es necesaria la previa aprobación por parte de la Junta Directiva. 8. Cumplir las demás funciones que le señalen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva y las que le correspondan por la naturaleza de su cargo." "ARTICULO 56 B- FUNCIONES DE LOS DEMÁS REPRESENTANTES LEGALES. Los demás Representantes Legales nombrados por la Junta Directiva, diferentes a los Vicepresidentes y los Representantes Legales para Asuntos Judiciales, tendrán las siguientes funciones: 1. Ejecutar y hacer ejecutar las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva; 2. Celebrar los contratos referentes a los asuntos propios del área a cargo cualquiera que su objeto y cuantía y presentar ofertas, directamente o por intermedio de apoderado, en licitaciones públicas o privadas relativas a los asuntos propios del área a cargo, cualquiera que sea el objeto y la cuantía de ellas y suscribir los contratos que de ellas se deriven; 3. Constituir mandatarios o apoderados que representen a la sociedad y transigir o conciliar cualquier litigio o controversia que tenga al sociedad o someterlo a arbitramento, en relación con los asuntos propios del área a cargo. 4. Cuidar que todos los valores pertenecientes a la sociedad y los que ésta tenga en custodia se mantengan con las debidas seguridades; 5. Cumplir las demás funciones que le señalen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva y las que le correspondan por la naturaleza de su cargo." FUNCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES PARA ASUNTOS JUDICIALES. Los Representantes legales para asuntos judiciales nombrados por la Junta Directiva tendrán las siguientes funciones: 1. Representar a la Sociedad, con amplias facultades, en toda clase de actuaciones y procesos judiciales y administrativos ante inspecciones de tránsito, inspecciones de trabajo, inspecciones de policía, fiscalías, juzgados, tribunales, tribunales de arbitramento, la Corte Constitucional, el Consejo Superior de la Judicatura, la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado, bien sea como demandante, demandada, litisconsorte, coadyuvante u opositor. 2. Representar a la sociedad, con amplias facultades, en toda clase de actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental o municipal. 3. Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales o de la entidad que haga sus veces, así como de cualquiera de las oficinas de la administración, e interponer, en nombre y representación de la Sociedad, los recursos ordinarios de reposición y apelación, así como los



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6204011696052127

Generado el 07 de abril de 2022 a las 10:39:44

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

recursos extraordinarios conforme a la ley. 4. Notificarse, en representación de la Sociedad, de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental o municipal o de entidades descentralizadas de los mismos órdenes. 5. Descorrer traslados, interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios ante cualquier de dichas autoridades y renunciar a términos, en representación de la Sociedad. 6. Asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales y administrativas, en representación de la Sociedad. 7. Asistir, en representación de la Sociedad, a todo tipo de audiencias de conciliación y realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la Sociedad. 8. Absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la Sociedad. (Escrituras Públicas 02736 del 8 de abril de 2010 Notaría Setenta y Dos de Bogotá D.C y 3950 del 16 de diciembre de 2010 Notaría 23 de Bogotá) SECRETARIO GENERAL. La Compañía tendrá un Secretario General, nombrado por la Junta Directiva, quien ejercerá las funciones de secretario de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. Este funcionario es también representante legal de la sociedad. "ARTICULO 58.- FUNCIONES. Son deberes del Secretario General: 1. Autorizar con su firma las actas de las sesiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva y llevar debidamente registrados en la cámara de comercio los libros de dichas actas; 2. Llevar el libro registro de accionistas; 3. Mantener en completo orden los libros, papeles y archivo de la sociedad, cuya guarda se le confíe. 4. Ejecutar y hacer ejecutar las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva; 5. Cuidar que todos los valores pertenecientes a la sociedad y los que ésta tenga en custodia se mantengan con las debidas seguridades; 6. Cumplir las demás funciones que le señalen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva y las que le correspondan por la naturaleza de su cargo." (Escritura Pública No. 865 del 15/04/2014 de la Notaría 23 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO |
|--|-----------------|---|
| David Alejandro Colmenares Spence Fecha de inicio del cargo: 21/09/2017 | CC - 80470041 | Presidente |
| Luisa Fernanda Robayo Castellanos Fecha de inicio del cargo: 15/10/2021 | CC - 52251473 | Vicepresidente |
| Santiago Lozano Cifuentes Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015 | CC - 79794934 | Vicepresidente |
| Margarita María López Ramírez Fecha de inicio del cargo: 10/10/2013 | CC - 39785345 | Vicepresidente |
| Juan Francisco Sierra Arango Fecha de inicio del cargo: 24/10/2019 | CC - 1014178377 | Vicepresidente Financiero |
| Giovanny Grosso Lewis Fecha de inicio del cargo: 07/12/2017 | CC - 72167595 | Vicepresidente Comercial |
| Andres Felipe Alonso Jimenez Fecha de inicio del cargo: 11/03/2021 | CC - 80875700 | Secretario General |
| Tatiana Gaona Corredor Fecha de inicio del cargo: 09/03/2021 | CC - 1020743736 | Representante Legal |
| Maria Claudia Romero Lenis Fecha de inicio del cargo: 14/04/2011 | CC - 38873416 | Representante legal para Asuntos Judiciales |
| Stella Franco Franco Fecha de inicio del cargo: 06/10/2011 | CC - 42053294 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Carlos Andrés Vargas Vargas Fecha de inicio del cargo: 22/12/2011 | CC - 79687849 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Arturo Sanabria Gómez Fecha de inicio del cargo: 22/06/2012 | CC - 79451316 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6204011696052127

Generado el 07 de abril de 2022 a las 10:39:44

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO |
|---|------------------|---|
| Pedro Ignacio Soto Gaviria Fecha de inicio del cargo: 01/04/2013 | CC - 70060637 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Antonio Luis Dávila García Fecha de inicio del cargo: 01/04/2013 | CC - 72224652 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luis Fernando Uribe De Urbina Fecha de inicio del cargo: 11/03/2011 | CC - 79314754 | Representante Legal Para Asuntos Judiciales |
| William Barrera Valderrama Fecha de inicio del cargo: 03/03/2014 | CC - 91297787 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Eidelman Javier González Sánchez Fecha de inicio del cargo: 11/03/2011 | CC - 7170035 | Representante Legal Para Asuntos Judiciales |
| Miguel Fernando Rodríguez Vargas Fecha de inicio del cargo: 24/12/2015 | CC - 80190273 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Jessica Duque García Fecha de inicio del cargo: 22/12/2016 | CC - 1144026002 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| María Alejandra Almonacid Rojas Fecha de inicio del cargo: 22/12/2016 | CC - 35195530 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Israel Barbosa Santana Fecha de inicio del cargo: 25/10/2017 | CC - 19251474 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Milciades Alberto Novoa Villamil Fecha de inicio del cargo: 21/01/2011 | CC - 6768409 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Andrés Camilo Pastas Saavedra Fecha de inicio del cargo: 04/09/2018 | CC - 1144030667 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Jinneth Hernández Galindo Fecha de inicio del cargo: 04/09/2018 | CC - 38550445 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| María Constanza Ortega Rey Fecha de inicio del cargo: 26/11/2018 | CC - 52021575 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan David Gómez Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 29/08/2019 | CC - 10128270735 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Alba Lucía Gallego Nieto Fecha de inicio del cargo: 29/08/2019 | CC - 30278007 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Juan Felipe Villa Giraldo Fecha de inicio del cargo: 29/08/2019 | CC - 71774212 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Servio Tulio Caicedo Velasco Fecha de inicio del cargo: 21/01/2011 | CC - 19381908 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Fernando Amador Rosas Fecha de inicio del cargo: 21/01/2011 | CC - 19074154 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| Luis Fernando Mejía Serna Fecha de inicio del cargo: 06/10/2011 | CC - 10226383 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |
| María Consuelo Ruiz Carrillo Fecha de inicio del cargo: 06/10/2011 | CC - 24487004 | Representante Legal para Asuntos Judiciales |

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, aviación, corriente débil, cumplimiento, estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, multirriesgo Comercial, multirriesgo familiar, navegación, responsabilidad civil, riesgo de minas y



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6204011696052127

Generado el 07 de abril de 2022 a las 10:39:44

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

petróleos, semovientes, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratista, transporte y Vidrios. Con Resolución 1034 del 29 de junio de 2011, se Revoca la autorización concedida a la ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. para operar los ramos de seguros de Semovientes, Vidrios y Agrícola.

Resolución S.B. No 152 del 20 de enero de 1992 Multirriesgo Industrial, mediante circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002 el ramo de multirriesgo industrial se debe explotar según el ramo al cual corresponda cada amparo

Resolución S.B. No 1726 del 14 de mayo de 1992 Agricultura, mediante circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002 el ramo de agricultura se denominará en adelante ramo agrícola con Resolución 1034 del 29 de junio de 2011, se Revoca la autorización concedida a la ASEGURADORA COLSEGUROS S.A. para operar los ramos de seguros de Semovientes, Vidrios y Agrícola.

Resolución S.B. No 0608 del 30 de abril de 1999 Desempleo

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) El ramo de Multirriesgo Familiar se debe explotar bajo el ramo de Hogar. b) El ramo de Multirriesgo Comercial se debe explotar según el ramo al cual corresponda cada amparo. c) Se elimina el ramo denominado SECAL "Seguro de Estabilidad y Calidad de la Vivienda Nueva y Usada". d) El ramo de riesgo de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos

Resolución S.B. No 0912 del 02 de septiembre de 2003 la Superintendencia Bancaria revocó la autorización concedida a la Aseguradora Colseguros S.A., mediante Resolución R86024270-39 del 11 de abril de 1997, para operar el ramo de Seguro de Accidentes Corporales Causados a las personas en accidentes de tránsito, sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones contraídas por la aseguradora, con ocasión de la expedición de pólizas correspondientes al precitado ramo.

Resolución S.B. No 1125 del 22 de octubre de 2003 la Superintendencia Bancaria aclara la Resolución 0912 del 02 de septiembre de 2003, en el sentido de indicar que el ramo de seguros de accidentes corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, operado por la Aseguradora Colseguros S.A., fue autorizado a la Nacional Compañía de Seguros Generales de Colombia, mediante Resolución 0004 del 03 de enero 1992, entidad absorbida por la Aseguradora Colseguros S.A.

Resolución S.F.C. No 2053 del 22 de noviembre de 2007 Seguros de Crédito Comercial y Seguro de Crédito a la Exportación.

Resolución S.F.C. No 0931 del 21 de mayo de 2013 Seguro Obligatorio de daños corporales causados a las personas en Accidentes de Tránsito SOAT.

Resolución S.F.C. No 2039 del 06 de noviembre de 2013 autorización para operar ramo de Seguro Agrícola (con Circular Externa 008 del 21 de abril de 2015 se incorpora este ramo, en el ramo de Seguro Agropecuario. Así las cosas, el ramo de seguro Agropecuario estará conformado por los ramos Agrícola, semovientes, así como otros relacionados con recursos naturales, vegetales y animales)

**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6204011696052127

Generado el 07 de abril de 2022 a las 10:39:44

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA