

Señores.

JUZGADO TREINTA Y TRES (33) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
RADICADO: 110013103033-2019-00604-00
DEMANDANTES: NESTOR ABILIO CANTOR Y OTROS
DEMANDADOS: CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA Y OTROS
LLAMADA EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA REFORMA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 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 860026182-5 y representada legalmente por el doctor DAVID COLMENARES SPENCE como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, donde se observa el mandato general a mi 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 legal, manifiesto comedidamente que procedo, a **CONTESTAR LA REFORMA DE LA DEMANDA** formulada por Néstor Abilio Cantor y otros, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones formuladas en la reforma de la demanda, de conformidad con las siguientes consideraciones de orden fáctico y jurídico:

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

Previo a efectuar el análisis por el cual a mi representada no le asiste obligación indemnizatoria, es preciso indicar que el artículo 278 del Código General del Proceso dispuso con claridad el deber que le asiste al juez de proferir sentencia anticipada cuando encuentre probada la **PRESCRIPCIÓN** de la acción derivada del contrato de seguro, así:

“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS. Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.

(...)

*En cualquier estado del proceso, **el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:***

1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.

2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.

3. **Quando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa.**” (subrayado y negrilla fuera del texto original)”

Es por esto, que respetuosamente solicito al Honorable Despacho emitir sentencia anticipada en el presente caso, como quiera que en el litigio que nos ocupa ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentran en cabeza del CPO en calidad de asegurado como llamante en garantía en los términos de los artículos 1081 y 1131 del C.Co. Por cuanto es claro que a partir de la solicitud de conciliación extrajudicial presentada por los demandantes, a partir de ese momento el asegurado contaba con dos para formular el llamamiento en garantía en contra de mi representada. Sin embargo, se evidencia que el mismo se efectuó de forma extemporánea, superando los dos años previstos en el art. 1131 del C.Co.

A ese respecto, es importante tener en cuenta que los demandantes presentaron solicitud de conciliación extrajudicial el 30 de agosto de 2016, fecha en la cual, el Centro Policlínico del Olaya en calidad de asegurado tuvo conocimiento del hecho por el cual hoy se reclama y la audiencia de conciliación fue llevada a cabo el 18 de noviembre de 2016. En ese orden de ideas, el hospital asegurado, a lo sumo contaba máximo hasta el 18 de noviembre de 2018 para desplegar las acciones tendientes a hacer efectivas los contratos de seguro respecto de la reclamación extra judicial presentada, so pena de que operara la prescripción ordinaria. No obstante, la presentación del llamamiento en garantía solo se dio hasta el año 2020, fecha en la cual ya habían transcurrido más de cinco años para adelantar las acciones encaminadas a hacer efectivas las pólizas, razón por la cual, en el presente asunto operó el fenómeno de la prescripción ordinaria de las acciones derivadas de los contratos de seguro.

Por todo lo anterior, y teniendo en cuenta que la radicación del llamamiento en garantía superó el término ordinario para adelantar las acciones derivadas del contrato de seguro, las mismas se encuentran totalmente prescriptas. En razón de lo anterior, solicito respetuosamente al señor Juez dictar sentencia anticipada.

CAPÍTULO I

FRENTE A LOS HECHOS DE LA REFORMA DEMANDA

Frente al hecho 1: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Frente al hecho 2: No es cierto como quiera que de las pruebas arrimadas al proceso, se puede concluir que toda la atención médica dada a la paciente en el CPO fue la requerida en cada momento de su estadía en la institución, con un manejo por parte de un grupo interdisciplinario integrado por diferentes especialistas. Así como también se llevaron a cabo diversos estudios, exámenes y hasta se intentó un procedimiento quirúrgico que no pudo llevarse a cabo a causa del estado interno de la paciente. Todo lo que llevó a determinar el diagnóstico de pancreatitis, que requería ingreso a UCI que fue lo que se realizó el 24 de septiembre de 2014, pues no se había podido realizar con anterioridad como consecuencia de la falta de disponibilidad.

Aunado a lo anterior, en todo el curso de la atención médica dada por los médicos adscritos al CPO mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. A partir de lo anterior, es importante poner de presente que el galeno no se puede comprometer a un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra sujeta dicha actividad, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

En conclusión, se resalta que en casos como el presente en donde se discute la responsabilidad del ente hospitalario, la misma es enervada por la debida diligencia. En tal virtud, en este caso lo único que se encuentra demostrado es que el personal médico científico del Centro Policlínico del Olaya actuó con diligencia, pericia y acogimiento a los cánones de la *lex artis*. De esa forma, no existe ni la más mínima prueba del supuesto error médico que dé lugar a la responsabilidad del Centro Hospitalario demandado y el consecuente reconocimiento de indemnización de perjuicios.

Frente al hecho 3: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

No obstante, una vez analizadas las pruebas obrantes en el expediente, especialmente la historia clínica de paciente se puede observar que el médico tratante antes de realizarle el procedimiento denominado Colangiografía Endoscópica Retrograda CPRE, le advirtió de los posibles riesgos de este, entre ellos realizar una perforación y la pancreatitis. Debe aclararse que estos son un riesgo inherente a la intervención que le fue practicada y que en el momento oportuno y de manera clara fue puesto en conocimiento por medio del consentimiento informado que la misma causante firmó de manera libre y espontánea. Aceptando que conocía de las posibles complicaciones y aun así decidía realizar el tratamiento quirúrgico.

En ese orden de cosas, el consentimiento informado ha sido definido como “un acto de la voluntad subsiguiente a un acto de la razón, o lo que es lo mismo, que el consentimiento presupone el conocimiento. De ello se sigue que nadie consiente en aquello que no

conoce”¹. Adicionalmente, el documento debe cumplir una serie de especificaciones entre las cuales se destaca que es el “profesional médico a quien corresponde informar, en términos claros y precisos, al paciente de la naturaleza y los riesgos de los procedimientos a los que se habrá de someter, así como de las probabilidades de ocurrencia de los mismos”². Situación que como se expondrá enseguida fue cumplido a cabalidad.

Frente al hecho 4: No es cierto. En primer lugar debe decirse que tal como lo confirma el apoderado de la parte Demandante en el relato de este hecho, la señora María Rubiela fue informada acerca de que uno de los riesgos procedimiento denominado Colangiografía Endoscópica Retrograda CPRE era desarrollar una pancreatitis severa, en ese orden de ideas, el paciente era consiente de los riesgos del procedimiento médico y aún así decidió autorizar que se llevara a cabo asumiendo que podría ocurrir algunos de ellos.

En segundo lugar, debe tenerse en cuenta, que una vez los médicos tratantes evidenciaron los síntomas que empezaba a desarrollar la señora María Rubiela posterior a la realización del procedimiento, iniciaron tratamiento que comprendió la orden de hacer una serie de diversos exámenes hasta la aplicación de medicamentos que tenían como fin por un lado, tratar los síntomas a medida que estos aparecían y por otro, lograr un diagnóstico específico y acertado para poder brindarle el tratamiento acertado, ello sin dejar de efectuar todas las maniobras que la lex artis les impone para tratar el caso mientras se logra encontrar la génesis del problema.

De manera que, de todas las pruebas arrimadas al proceso se puede concluir inequívocamente que toda la atención médica dada a la paciente en el CPO fue la requerida en cada momento de su estadía en la institución, con un manejo por parte de un grupo interdisciplinario integrado por diferentes especialistas. Así como también se llevaron a cabo diversos estudios, exámenes y hasta se intentó un procedimiento quirúrgico que no pudo llevarse a cabo a causa del estado interno de la paciente. Todo lo que llevó a determinar el diagnóstico de pancreatitis, que requería ingreso a UCI que fue lo que se realizó el 24 de septiembre de 2014, pues no se había podido realizar con anterioridad como consecuencia de la falta de disponibilidad.

Aunado a lo anterior, en todo el curso de la atención médica dada por los médicos adscritos al CPO mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. A partir de lo anterior, es importante poner de presente que el galeno no se puede comprometer a un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra sujeta dicha actividad, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

¹ Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23-26-000-1996-12661-01(27493), sentencia del doce (12) de diciembre de dos mil trece (2013)

² Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23-26-000-1996-12661-01(27493), sentencia del doce (12) de diciembre de dos mil trece (2013)

En conclusión, se resalta que en casos como el presente en donde se discute la responsabilidad del ente hospitalario, la misma es enervada por la debida diligencia. En tal virtud, en este caso lo único que se encuentra demostrado es que el personal médico científico del Centro Policlínico del Olaya actuó con diligencia, pericia y acogimiento a los cánones de la *lex artis*. De esa forma, no existe ninguna prueba del supuesto error médico que dé lugar a la responsabilidad del Centro Hospitalario demandado y el consecuente reconocimiento de indemnización de perjuicios.

Frente al hecho 5: No es cierto como quiera que, de las pruebas arrimadas al proceso, no se puede concluir desde ningún punto de vista que el tratamiento practicado a lo largo del proceso de atención de la señora María Rubiela careciera de valor técnico, mucho menos que hubiera presentado un mal manejo médico de los síntomas una vez estos empezaron a aparecer. Debe tenerse claro que de la historia clínica allegada no puede concluirse que los médicos tratantes no advirtieran que la paciente estaba desarrollando una peritonitis biliar, en ese orden de ideas cada una de las afirmaciones efectuadas por el demandante no son más que dichos llenos de falacias que no tienen ningún sustento probatorio útil, conducente ni procedente que permita arribar a tales conclusiones.

Dicho lo anterior, parece necesario reconstruir las atenciones brindadas a la señora María Rubiela con el fin de poner de presente al honorable juez que todo lo esgrimido en este hecho por el demandante carece de sustento alguno. Así pues, se abordarán las dos atenciones médicas efectuada a la paciente de la siguiente forma:

1. Atención médica del 29 al 30 de agosto de 2014: A partir del recuento de la historia clínica se la señora Gómez se concluye que el procedimiento quirúrgico denominado Colecistectomía Laparoscópica o COLELAP realizado en este lapso de atención fue exitoso. En ese sentido, la atención del Centro Policlínico del Olaya fue acorde a los más altos estándares de calidad, sujeto a las necesidades del paciente y culminó con una alta médica debido a estado de salud de la paciente. Es decir, la salida se origina por las buenas condiciones generales que presentaba la paciente.

2. Atención médica del 16 al 24 de septiembre de 2014: En esta ocasión, el día 16 de septiembre de 2014 la paciente ingresó por medio del servicio de urgencias en donde recibió la atención de los médicos de turno de forma oportuna, ordenando una placa radiográfica, formulando medicamentos para intentar tratar las afecciones que presentaba la paciente. Así mismo, de dejó consignado en el mismo documento que debía realizarse una revaloración, evento apenas lógico, en la medida que los galenos requerían los resultados de los exámenes para tratar de identificar la patología de la paciente junto con el tratamiento a seguir. Es por esto por lo que, durante todo el resto del día la paciente fue sometida a estudios y tomas de muestras con el fin de conocer el motivo por el cual se deterioró la salud de la misma. Este mismo día se realizó Ecografía abdominal en donde se pudo concluir que el diagnóstico principal a partir del examen era calculo en el conducto biliar. A partir de ello se inició el tratamiento para mejora de la patología inicial presentada por la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), mismo que fue compuesto por medicamentos, exámenes, valoraciones interdisciplinarias, entre otras actuaciones que

además de ser oportunas por haberse dado el mismo día en que ingresó la paciente, fueron bajo los más altos estándares de calidad.

El día 17 de septiembre de 2021 se puso en conocimiento de la paciente que la recomendación por parte de los galenos era realizar el procedimiento denominado Colangiografía Endoscópica Retrograda CPRE, lo cual fue aceptado por la misma paciente. Luego de esto, se llevaron a cabo más exámenes, consultas y suministro de medicamentos con el fin de estabilizar a la paciente para el momento en que se fuera a realizar el procedimiento CPRE. El examen se realizó este mismo día.

El día 20 de septiembre de 2014, se ordenó la realización de un TAC abdominal y este procedimiento se llevó a cabo al día siguiente. Con esto no solo demostrando la diligencia del galeno que atendió a la paciente, sino también el manejo con un grupo interdisciplinario de especialistas, múltiples exámenes y aplicación de diversos medicamentos con el fin de lograr una mejoría en el estado de salud de ella. Además de lo anterior, este mismo día los galenos, al observar el estado del paciente, ordenaron la remisión a una UCI. Sin embargo, una vez consultado el sistema se pudo constatar que en ese momento no había ninguna unidad de cuidado intensivo disponibles para el ingreso de la paciente

En conclusión, A partir de todo lo anteriormente referido, es evidente que la atención médica dada a la paciente en el CPO fue la requerida en cada momento de su estadía en la institución, con un manejo por parte de un grupo interdisciplinario integrado por diferentes especialistas. Así como también se llevaron a cabo diversos estudios, exámenes y hasta se intentó un procedimiento quirúrgico que no pudo llevarse a cabo a causa del estado interno de la paciente. Todo lo que llevó a determinar el diagnóstico de pancreatitis, que requería ingreso a UCI que fue lo que se realizó el 24 de septiembre de 2014, pues no se había podido realizar con anterioridad como consecuencia de la falta de disponibilidad.

Frente al hecho 6: No es cierto como quiera que, de las pruebas arrimadas al proceso, se puede concluir que durante toda la estadía de la señora María Rubiela en el Politécnico del Olaya los médicos tratantes buscaron de manera incansable obtener un diagnóstico preciso y adecuado conforme al cuadro clínico que la paciente presentaba con el fin de encaminar el tratamiento al ataque de la enfermedad que la aquejaba. En ese orden de ideas, toda la atención médica dada a la paciente en el CPO fue la requerida en cada momento de su estadía en la institución, con un manejo por parte de un grupo interdisciplinario integrado por diferentes especialistas. Así como también se llevaron a cabo diversos estudios, exámenes y hasta se intentó un procedimiento quirúrgico que no pudo llevarse a cabo a causa del estado interno de la paciente. Todo lo que llevó a determinar el diagnóstico de pancreatitis, que requería ingreso a UCI que fue lo que se realizó el 24 de septiembre de 2014, pues no se había podido realizar con anterioridad como consecuencia de la falta de disponibilidad.

Aunado a lo anterior, en todo el curso de la atención médica dada por los médicos adscritos al CPO mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y

dictaminados. A partir de lo anterior, es importante poner de presente que el galeno no se puede comprometer a un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra sujeta dicha actividad, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

En conclusión, se resalta que en casos como el presente en donde se discute la responsabilidad del ente hospitalario, la misma es enervada por la debida diligencia. En tal virtud, en este caso lo único que se encuentra demostrado es que el personal médico científico del Centro Policlínico del Olaya actuó con diligencia, pericia y acogimiento a los cánones de la *lex artis*. De esa forma, no existe ni la más mínima prueba del supuesto error médico que dé lugar a la responsabilidad del Centro Hospitalario demandado y el consecuente reconocimiento de indemnización de perjuicios.

Frente al hecho 7 y del 7.1 al 7.7: No es cierto como quiera que de las pruebas arrimadas al proceso, se puede concluir que toda la atención médica dada a la paciente en el CPO fue la requerida en cada momento de su estadía en la institución, con un manejo por parte de un grupo interdisciplinario integrado por diferentes especialistas. Así como también se llevaron a cabo diversos estudios, exámenes y hasta se intentó un procedimiento quirúrgico que no pudo llevarse a cabo a causa del estado interno de la paciente. Todo lo que llevó a determinar el diagnóstico de pancreatitis, que requería ingreso a UCI que fue lo que se realizó el 24 de septiembre de 2014, pues no se había podido realizar con anterioridad como consecuencia de la falta de disponibilidad.

Aunado a lo anterior, en todo el curso de la atención médica dada por los médicos adscritos al CPO mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. A partir de lo anterior, es importante poner de presente que el galeno no se puede comprometer a un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra sujeta dicha actividad, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

En síntesis, se resalta que en casos como el presente en donde se discute la responsabilidad del ente hospitalario, la misma es enervada por la debida diligencia. En tal virtud, en este caso lo único que se encuentra demostrado es que el personal médico científico del Centro Policlínico del Olaya actuó con diligencia, pericia y acogimiento a los cánones de la *lex artis*. De esa forma, no existe ni la más mínima prueba del supuesto error médico que dé lugar a la responsabilidad del Centro Hospitalario demandado y el consecuente reconocimiento de indemnización de perjuicios.

Ahora bien, respecto a la presunta perforación al momento de realizar el procedimiento denominado Colangiografía Endoscópica Retrograda CPRE en donde se pudiera llegar a realizar una perforación y la pancreatitis. Debe aclararse que estas son un riesgo inherente a la intervención que le fue practicada y que en el momento oportuno y de manera clara fue

puesto en conocimiento por medio del consentimiento informado que la misma causante firmó de manera libre y espontánea. Aceptando que conocía de las posibles complicaciones y aun así decidía realizar el tratamiento quirúrgico.

En ese orden de cosas, el consentimiento informado ha sido definido como “un acto de la voluntad subsiguiente a un acto de la razón, o lo que es lo mismo, que el consentimiento presupone el conocimiento. De ello se sigue que nadie consiente en aquello que no conoce”³. Adicionalmente, el documento debe cumplir una serie de especificaciones entre las cuales se destaca que es el “profesional médico a quien corresponde informar, en términos claros y precisos, al paciente de la naturaleza y los riesgos de los procedimientos a los que se habrá de someter, así como de las probabilidades de ocurrencia de los mismos”⁴. Situación que como se expondrá enseguida fue cumplido a cabalidad.

Por lo tanto tal y como se demostró, toda la información previa al procedimiento fue presentada de forma clara, conocida ampliamente por la paciente, a través del consentimiento informado que firmó con anterioridad a la cirugía. En efecto, se puede apreciar del documento que efectivamente la señora Gómez (Q.E.P.D.), conoció de las posibles complicaciones de su intervención, entre las que se encontraba la perforación, la pancreatitis y la lesión a un órgano vecino y aun así aceptó la realización del procedimiento. Situación que siendo probable, es decir, un riesgo inherente a la CPRE, pudo haberse dado, eventualmente causando también el fallecimiento de la paciente. Sin embargo, se encuentra demostrado que la información suministrada fue oportuna, clara y precisa en cuanto a las complicaciones que se podían presentar a raíz de la intervención. Prueba de esto es el consentimiento informado que contiene información clara, precisa y muy corta para que sea comprendida por toda clase de personas. En concordancia, es preciso traer a colación lo dispuesto en la ley 23 de 1981 en la cual se establecieron normas en materia de ética médica y que se resalta lo siguiente:

“(...) ARTICULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente. ARTICULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados. (...)”

Por lo tanto, el actuar en la prestación de los servicios durante toda la atención de la señora Gómez (Q.E.P.D.), se realizó en apego de las normas, de manera oportuna, clara y diligente. Además, se le informaron de las potenciales complicaciones que podía tener la

³ Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23-26-000-1996-12661-01(27493), sentencia del doce (12) de diciembre de dos mil trece (2013)

⁴ Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23-26-000-1996-12661-01(27493), sentencia del doce (12) de diciembre de dos mil trece (2013)

CPRE. Por lo tanto, no puede el Despacho llegar a otra conclusión que toda la atención prestada en el CPO se encuentra ajustada a los parámetros exigidos y si bien pudo haberse producido un daño en el curso de la intervención, este evento era un riesgo propio que en su momento fue puesto en conocimiento de la señora Gómez (Q.E.P.D.) y ella misma de manera libre y espontánea aceptó. Lo que conlleva a la exoneración de responsabilidad de los aquí demandados.

En conclusión, ha sido pacífica la jurisprudencia en determinar la inexistencia de la falla en el servicio cuando los hechos son generados por un riesgo inherente a la actividad médica realizada, siempre y cuando con anterioridad al procedimiento hayan sido puestos en conocimiento de la persona y está de forma libre decida continuar con el procedimiento. Lo anterior se encuentra debidamente demostrado toda vez que como se probó anteriormente, a la señora Gómez (Q.E.P.D.), se le informaron los riesgos que podía tener la CPRE y aun así decidió realizar el procedimiento. Entre los riesgos de este tipo de intervenciones la literatura médica ha determinado que se encuentra la perforación, la pancreatitis y la afectación a órganos adyacentes, que una vez más se encuentran advertidos en el consentimiento informado que firmó la señora Gómez (Q.E.P.D.). Por lo anterior, no puede configurarse la responsabilidad del CPO, como quiera que lo alegado por el extremo actor sí se llegase a demostrar que fue así, constituye un riesgo inherente a la intervención quirúrgica practicada y por tal razón no constituye un daño indemnizable.

Frente al hecho 8: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Ahora bien, para demostrar la falta absoluta de legitimación en la causa por activa del señor Néstor Albilio Cantor en el caso concreto. Esto de conformidad a que en el proceso no existe prueba conducente, pertinente y útil por medio de la cual se demuestre que este haya sido el compañero permanente de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.).

En conclusión, teniendo en cuenta que no existe prueba si quiera sumaria que de cuenta de la relación que supuestamente tuvo el señor Cantor con la señora Gómez (Q.E.P.D.), ni mucho menos que la presunta relación cumpla los requisitos para que sea declarada como una unión libre. A partir de esto, teniendo en cuenta la carencia de elementos de prueba ruego al Honorable Despacho tener por probada esta excepción y de esta forma declarar probada la falta de legitimación en la causa por activa del señor Néstor Albilio Cantor, pues no existe prueba que de cuenta que haya sido el compañero permanente de la víctima.

Frente al hecho 9: No es cierto, dado que en el proceso no existe responsabilidad en cabeza del CPO debido a que es menester señalar que para configurarse los elementos de la responsabilidad civil es necesario que concurren los siguientes elementos: i) hecho generador, ii) daño y iii) nexo de causalidad entre el fallecimiento de la paciente y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación. Sin embargo, verificados los elementos probatorios que obran dentro del expediente, no se logra establecer que se

reúnan los elementos de la responsabilidad civil dentro del presente asunto, por cuanto no existe nexo de causalidad entre la atención médica brindada por el CPO y el fallecimiento de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.). Además, es menester señalar que la existencia del nexo causal no se presume. Lo que cobra fundamental relevancia cuando en el caso concreto no se aportó una sola prueba que demuestre el nexo, lo que por sustracción de materia genera que las pretensiones deban ser denegadas.

De otro lado, ha sido pacífica la jurisprudencia en determinar la inexistencia de la falla en el servicio cuando los hechos son generados por un riesgo inherente a la actividad médica realizada, siempre y cuando con anterioridad al procedimiento hayan sido puestos en conocimiento de la persona y está de forma libre decida continuar con el procedimiento. Lo anterior se encuentra debidamente demostrado toda vez que como se probó anteriormente, a la señora Gómez (Q.E.P.D.), se le informaron los riesgos que podía tener la CPRE y aun así decidió realizar el procedimiento. Entre los riesgos de este tipo de intervenciones la literatura médica ha determinado que se encuentra la perforación, la pancreatitis y la afectación a órganos adyacentes, que una vez más se encuentran advertidos en el consentimiento informado que firmó la señora Gómez (Q.E.P.D.). Por lo anterior, no puede configurarse la responsabilidad del CPO, como quiera que lo alegado por el extremo actor sí se llegase a demostrar que fue así, constituye un riesgo inherente a la intervención quirúrgica practicada y por tal razón no constituye un daño indemnizable.

Frente al hecho 10: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Frente al hecho 11: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Ahora bien, todo lo referido lo único que aporta al proceso es la debida diligencia con la que se prestó el servicio por parte del CPO y que no permite endilgar responsabilidad de esta institución. Ello teniendo en cuenta que, del recuento de la historia clínica de la señora Gómez se concluye que el procedimiento quirúrgico denominado Colecistectomía Laparoscópica o COLELAP realizado en este lapso de atención fue exitoso. En ese sentido, la atención del Centro Policlínico del Olaya fue acorde a los más altos estándares de calidad, sujeto a las necesidades del paciente y culminó con una alta médica debido a estado de salud de la paciente. Es decir, la salida se origina por las buenas condiciones generales que presentaba la paciente.

Lo anterior lleva a concluir que, el mismo demandante en este hecho reconoce la calidad de la atención médica recibida por la señora María Rubiela toda vez que afirma que el procedimiento fue exitoso y que de hecho producto de este se diagnosticó de forma certera el padecimiento que llevó a la paciente a requerir la atención y que, con base en este, los

médicos iniciaron el tratamiento idóneo que culminó en el alta de la paciente al siguiente día.

Frente al hecho 12: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, lo narrado por la parte demandante en este hecho no constituye una negligencia médica o un error clínico, porque como bien lo indicó el extremo activo en el hecho anterior el procedimiento quirúrgico y posterior tratamiento fue exitoso y no presentó ninguna complicación razón por la cual el médico que hizo la siguiente roda ordenó su salida ya que, al encontrarse la paciente en excelentes condiciones de salud no había razón para mantenerla en observación. Luego, de lo anterior la única conclusión que se puede extraer es que la atención ofrecida en el Politécnico del Olaya siempre fue diligente y realizada bajo los más altos estándares de calidad.

Frente al hecho 13: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, es menester poner de presente que durante la segunda atención recibida por la señora María Rubiela en el Policlínico el Olaya los médicos actuaron de forma diligente ordenando la toma de múltiples exámenes entre los que se entraconba un tac abdominal que es una examen que permite brindar un análisis mucho más detallado sobre los tejidos y órganos del paciente lo que lo hace muy efectivo para detectar patologías como la que padecía la occisa, es decir, fue tan buena la atención que los médicos decidieron hacer un examen mucho más especializado a un simple Rx, ello con el fin de encontrar la génesis de su padecimiento y empezar un tratamiento idóneo en aras de salvar la vida de la paciente.

Frente al hecho 14: No me consta. Se trata de un hecho ajeno a mi procurada, por lo que solicito que se acredite lo expresado con los medios útiles, pertinentes y conducentes para el efecto.

Frente al hecho 15: No me consta. Se trata de un hecho ajeno a mi procurada, por lo que solicito que se acredite lo expresado con los medios útiles, pertinentes y conducentes para el efecto.

Frente al hecho 16: Es cierto y por este motivo no puede endilgarse una responsabilidad para el asegurado, como quiera que el procedimiento ni siquiera fue posible realizarlo. Razón por la que no puede solicitarse una indemnización por un procedimiento que no se llevó a cabo.

Frente al hecho 17: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Frente al hecho 18: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

Frente al hecho 19: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda.

Sin perjuicio de lo anterior, es preciso manifestar que en todo el curso de la atención médica dada por los médicos adscritos al CPO mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. A partir de lo anterior, es importante poner de presente que el galeno no se puede comprometer a un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

Frente al hecho 20: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda.

Sin perjuicio de lo anterior, es preciso manifestar que en todo el curso de la atención médica dada por los médicos adscritos al CPO mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. A partir de lo anterior, es importante poner de presente que el galeno no se puede comprometer a un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

Frente al hecho 21: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda.

Sin perjuicio de lo anterior, es preciso manifestar que en todo el curso de la atención médica dada por los médicos adscritos al CPO mostraron una debida diligencia en su actuar

médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. A partir de lo anterior, es importante poner de presente que el galeno no se puede comprometer a un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

Frente al hecho 22: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda.

Sin perjuicio de lo anterior, es preciso manifestar que en todo el curso de la atención médica dada por los médicos adscritos al CPO mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. A partir de lo anterior, es importante poner de presente que el galeno no se puede comprometer a un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

Frente al hecho 23: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda.

Frente al hecho 24: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda. Sin perjuicio de lo anterior, las circunstancias narradas en este hecho por el apoderado de la parte demandante son ajenas a la órbita de la Clínica Politécnico del Olaya ya que ocurrieron en otra institución médica, por lo tanto, resultan desconocidas a esa institución. En ese sentido, resulta necesario probarlas debidamente al interior del proceso.

Frente al hecho 25: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda. Sin perjuicio de lo anterior, las circunstancias narradas en este hecho por el apoderado de la parte demandante son ajenas a la órbita de la Clínica Politécnico del Olaya ya que ocurrieron en otra institución médica, por lo tanto, resultan desconocidas a esa institución. En ese sentido, resulta necesario probarlas debidamente al interior del proceso.

Frente al hecho 26: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda. Sin perjuicio de lo anterior, las circunstancias narradas en este hecho por el apoderado de la parte demandante son ajenas a la órbita de la Clínica Politécnico del Olaya ya que ocurrieron en otra institución médica, por lo tanto, resultan desconocidas a esa institución. En ese sentido, resulta necesario probarlas debidamente al interior del proceso.

Frente al hecho 27: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda.

El despacho deberá tener en cuenta que, la lesión por la cual los demandantes pretenden imputar responsabilidad a la Clínica Politécnico del Olaya no son otra cosa que la materialización de un riesgo inherente al procedimiento que fue previamente informado y aceptado por la paciente. En ese sentido, la ocurrencia de esa complicación no está ligada a una mala praxis médica o quirúrgica, si no que puede ser una consecuencia adversa al procedimiento médico realizado, aunque este se efectúe en atención a los más altos estándares de calidad y diligencia. Por lo tanto, desde este momento es clara la inexistencia de responsabilidad médica en cabeza del CPO cuando es claro que el riesgo de lesión fue asumido y aceptado por la paciente y es por esa razón que ahora no procede reclamación alguna.

Adicionalmente, se debe tomar en consideración que la carga de la prueba del nexo de causal se encuentra en cabeza de la parte Demandante. De esta forma, si ellos no acreditaron 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 que la carga de la prueba del nexo causal está en cabeza de la parte Demandante, en el evento en que este no logre acreditar el nexo causal se deberán denegar las pretensiones de la demanda. Lo que efectivamente ocurrió en el proceso bajo estudio, como quiera que no existe prueba conducente, pertinente y útil que permita establecer que existe nexo de causalidad entre el fallecimiento de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y la atención que prestó el CPO. Todo lo contrario, lo que sí se encuentra demostrado es que la atención médica prestada por el CPO fue diligente, oportuna y acorde a los más altos estándares de calidad, quedando en claro la debida diligencia en la prestación del servicio.

Frente 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.

Sin embargo, vale la pena mencionar que la causa del fallecimiento de la señora María Rubiela Gómez Beltrán no fue en ningún caso una negligencia de los médicos de la Institución Hospitalaria. Pues de las documentales obrantes en el proceso emerge claro que la lesión por la cual los demandantes pretenden imputar responsabilidad a la Clínica Politécnico del Olaya no son otra cosa que la materialización de un riesgo inherente al procedimiento que fue previamente informado y aceptado por la paciente. En ese sentido, la ocurrencia de esa complicación no está ligada a una mala paxis médica o quirúrgica, si no que puede ser una consecuencia adversa al procedimiento médico realizado, aunque este se efectúe en atención a los más altos estándares de calidad y diligencia. Por lo tanto, desde este momento es clara la inexistencia de responsabilidad médica en cabeza del CPO cuando es claro que el riesgo de lesión fue asumido y aceptado por la paciente y es por esa razón que ahora no procede reclamación alguna.

Adicionalmente, se debe tomar en consideración que la carga de la prueba del nexo de causal se encuentra en cabeza de la parte Demandante. De esta forma, si ellos no acreditaron el mencionado nexo de causalidad, todas las pretensiones esbozadas en el libelo de la demanda deberán ser desestimadas, al no existir uno de los elementos estructurales de la responsabilidad. En otras palabras, bajo la premisa que la carga de la prueba del nexo causal está en cabeza de la parte Demandante, en el evento en que este no logre acreditar el nexo causal se deberán denegar las pretensiones de la demanda. Lo que efectivamente ocurrió en el proceso bajo estudio, como quiera que no existe prueba conducente, pertinente y útil que permita establecer que existe nexo de causalidad entre el fallecimiento de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y la atención que prestó el CPO. Todo lo contrario, lo que sí se encuentra demostrado es que la atención médica prestada por el CPO fue diligente, oportuna y acorde a los más altos estándares de calidad, quedando en claro la debida diligencia en la prestación del servicio.

Frente al hecho 29: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el libelo de la demanda.

Sin perjuicio de lo anterior, de lo contenido en la historia clínica se puede evidencia que no transcurrieron más de 30 horas entre la entrada de la señora María Rubiera a urgencias y la toma de la imagen diagnóstica. Sin mencionar que durante esas 30 horas se pudo a su disposición todos los insumos y servicios necesarios para lograr estabilizar su cuadro clínico, siendo atendida por especialistas de múltiples áreas en la medicina y tratada con medicamento idóneos para lograr tratar de forma adecuada su padecimiento. Ello lejos de mostrar una negligencia por parte de los galenos prueba la total diligencia de estos en su atención médica pues no escatimaron en recursos para lograr llegar a un diagnóstico claro y preciso de su sintomatología con el fin de iniciar el mejor tratamiento para que la paciente recuperara su salud.

Frente al hecho 30: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda.

Sin perjuicio de lo anterior, después de analizadas las pruebas documentales allegadas con el escrito de la demanda se observa que no es cierto que exista una negligencia médica, por el contrario, la conducta de los galenos que atendieron a la señora María Rubiela fue completamente oportuna y eficiente pues se le practicaron los exámenes necesarios, así como se siguió de cerca su evolución desde el inicio de la atención. En ese sentido se puede concluir que la atención médica fue perita y apegada a los más altos estándares médicos.

Frente al hecho 31: No me consta nada de lo referido en este hecho, puesto que se trata de circunstancias en las que no intervino mi procurada. Por lo tanto, solicito comedidamente al Despacho corroborar lo expresado de conformidad con los anexos allegados con el líbello de la demanda. En ese orden de ideas, El despacho deberá tener en cuenta que, la lesión por la cual los demandantes pretenden imputar responsabilidad a la Clínica Politécnico del Olaya no son otra cosa que la materialización de un riesgo inherente al procedimiento que fue previamente informado y aceptado por la paciente. En ese sentido, la ocurrencia de esa complicación no está ligada a una mala paxis médica o quirúrgica, si no que puede ser una consecuencia adversa al procedimiento médico realizado, aunque este se efectúe en atención a los más altos estándares de calidad y diligencia. Por lo tanto, desde este momento es clara la inexistencia de responsabilidad médica en cabeza del CPO cuando es claro que el riesgo de lesión fue asumido y aceptado por la paciente y es por esa razón que ahora no procede reclamación alguna.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA REFORMA DE LA DEMANDA

Me opongo a la prosperidad de **TODAS** las pretensiones de la demanda reformada, teniendo en cuenta las circunstancias que se expondrán a lo largo del presente escrito que confirman que la atención médica brindada por el Centro Policlínico del Olaya fue prudente, perita, y diligente, con aplicación de los protocolos médicos, la lex artis y con apego a los procedimientos médicos comúnmente aceptados por la ciencia médica.

Frente a las pretensiones declarativas

Oposición frente a la pretensión 1: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que:

- *Inexistencia de falla médica y de responsabilidad, debido a la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidadosa del Centro Policlínico del Olaya:* La atención médica dada a la paciente en el CPO fue la requerida en cada momento de su estadía en la institución, con un manejo por parte de un grupo interdisciplinario

integrado por diferentes especialistas. Así como también se llevaron a cabo diversos estudios, exámenes y hasta se intentó un procedimiento quirúrgico que no pudo llevarse a cabo a causa del estado interno de la paciente. Todo lo que llevó a determinar el diagnóstico de pancreatitis, que requería ingreso a UCI que fue lo que se realizó el 24 de septiembre de 2014, pues no se había podido realizar con anterioridad como consecuencia de la falta de disponibilidad.

En conclusión, se resalta que en casos como el presente en donde se discute la responsabilidad del ente hospitalario, la misma es enervada por la debida diligencia. En tal virtud, en este caso lo único que se encuentra demostrado es que el personal médico científico del Centro Policlínico del Olaya actuó con diligencia, pericia y acogimiento a los cánones de la lex artis. De esa forma, no existe ni la más mínima prueba del supuesto error médico que dé lugar a la responsabilidad del Centro Hospitalario demandado y el consecuente reconocimiento de indemnización de perjuicios.

- *Inexistencia de responsabilidad del CPO por la configuración de un riesgo inherente al acto médico:* El actuar en la prestación de los servicios en toda la atención de la señora Gómez (Q.E.P.D.), se realizó en apego de las normas, de manera oportuna, clara y diligente al informarle de las complicaciones que podía tener la CPRE. Por lo tanto, no puede el Despacho llegar a otra conclusión que toda la atención prestada en el CPO se encuentra ajustada a los parámetros exigidos. Ahora, de demostrarse que hubo un daño en el curso de la intervención, este evento era un riesgo propio de la intervención que en su momento fue puesto en conocimiento de la señora Gómez (Q.E.P.D.) y ella misma de manera libre y espontánea aceptó. Lo que conlleva a la exoneración de responsabilidad de los aquí demandados.

En conclusión, ha sido pacífica la jurisprudencia en determinar la inexistencia de la falla en el servicio cuando los hechos son generados por un riesgo inherente a la actividad médica realizada, siempre y cuando con anterioridad al procedimiento hayan sido puestos en conocimiento de la persona y está de forma libre decida continuar con el procedimiento. Lo anterior se encuentra debidamente demostrado toda vez que como se probó anteriormente, a la señora Gómez (Q.E.P.D.), se le informaron los riesgos que podía tener la CPRE y aun así decidió realizar el procedimiento. Entre los riesgos de este tipo de intervenciones la literatura médica ha determinado que se encuentra la perforación, la pancreatitis y la afectación a órganos adyacentes, que una vez más se encuentran advertidos en el consentimiento informado que firmó la señora Gómez (Q.E.P.D.). Por lo anterior, no puede configurarse la responsabilidad del CPO, como quiera que lo alegado por el extremo actor sí se llegase a demostrar que fue así, constituye un riesgo inherente a la intervención quirúrgica practicada y por tal razón no constituye un daño indemnizable.

Oposición frente a la pretensión 2: ME ABSTENGO a realizar un pronunciamiento frente a la pretensión, en la medida que no fue elevada en contra del centro médico asegurado.

Sin embargo, debe reiterarse que no hubo ningún riesgo médico en el proceso de atención prestado por el CPO.

Oposición frente a la pretensión 3: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el traslado a una UCI no es un evento atribuible al CPO, en la medida que esta institución a través de sus profesionales solo se encuentra facultada para realizar las solicitudes a la EPS, lo que en el proceso ocurrió. Razón por la que no es un evento reprochable al CPO.

Oposición frente a la pretensión 4: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que:

- *Inexistencia de falla médica y de responsabilidad, debido a la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidadosa del Centro Policlínico del Olaya:* La atención médica dada a la paciente en el CPO fue la requerida en cada momento de su estadía en la institución, con un manejo por parte de un grupo interdisciplinario integrado por diferentes especialistas. Así como también se llevaron a cabo diversos estudios, exámenes y hasta se intentó un procedimiento quirúrgico que no pudo llevarse a cabo a causa del estado interno de la paciente. Todo lo que llevó a determinar el diagnóstico de pancreatitis, que requería ingreso a UCI que fue lo que se realizó el 24 de septiembre de 2014, pues no se había podido realizar con anterioridad como consecuencia de la falta de disponibilidad.

En conclusión, se resalta que en casos como el presente en donde se discute la responsabilidad del ente hospitalario, la misma es enervada por la debida diligencia. En tal virtud, en este caso lo único que se encuentra demostrado es que el personal médico científico del Centro Policlínico del Olaya actuó con diligencia, pericia y acogimiento a los cánones de la *lex artis*. De esa forma, no existe ni la más mínima prueba del supuesto error médico que dé lugar a la responsabilidad del Centro Hospitalario demandado y el consecuente reconocimiento de indemnización de perjuicios.

- *Inexistencia de responsabilidad del CPO por la configuración de un riesgo inherente al acto médico:* El actuar en la prestación de los servicios en toda la atención de la señora Gómez (Q.E.P.D.), se realizó en apego de las normas, de manera oportuna, clara y diligente al informarle de las complicaciones que podía tener la CPRE. Por lo tanto, no puede el Despacho llegar a otra conclusión que toda la atención prestada en el CPO se encuentra ajustada a los parámetros exigidos. Ahora, de demostrarse que hubo un daño en el curso de la intervención, este evento era un riesgo propio de la intervención que en su momento fue puesto en conocimiento de la señora Gómez (Q.E.P.D.) y ella misma de manera libre y espontánea aceptó. Lo que conlleva a la exoneración de responsabilidad de los aquí demandados.

En conclusión, ha sido pacífica la jurisprudencia en determinar la inexistencia de la falla en el servicio cuando los hechos son generados por un riesgo inherente a la

actividad médica realizada, siempre y cuando con anterioridad al procedimiento hayan sido puestos en conocimiento de la persona y está de forma libre decida continuar con el procedimiento. Lo anterior se encuentra debidamente demostrado toda vez que como se probó anteriormente, a la señora Gómez (Q.E.P.D.), se le informaron los riesgos que podía tener la CPRE y aun así decidió realizar el procedimiento. Entre los riesgos de este tipo de intervenciones la literatura médica ha determinado que se encuentra la perforación, la pancreatitis y la afectación a órganos adyacentes, que una vez más se encuentran advertidos en el consentimiento informado que firmó la señora Gómez (Q.E.P.D.). Por lo anterior, no puede configurarse la responsabilidad del CPO, como quiera que lo alegado por el extremo actor sí se llegase a demostrar que fue así, constituye un riesgo inherente a la intervención quirúrgica practicada y por tal razón no constituye un daño indemnizable.

Oposición frente a la pretensión 5: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que es una pretensión consecuencial de la principal y como esa no tiene vocación de prosperidad mucho menos esta. Sin embargo, a continuación, me permito hacer una oposición frente a los perjuicios que esgrimen los demandantes padecieron.

IMPROCEDENCIA DE LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LUCRO CESANTE: ME OPONGO al no haberse aportado prueba que permita acreditar los ingresos que presuntamente recibía la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), así como tampoco su actividad económica ni la dependencia económica del compañero permanente respecto de la víctima. El Honorable Juzgado con base en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado, no tendrá otra salida que desestimar la pretensión elevada por la parte actora. En efecto, estas situaciones sin lugar a dudas permiten establecer que no resulta procedente la pretensión impetrada en el libelo genitor, según la cual debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante, las cuales como se expresó en líneas anteriores, carecen de material probatorio que las sustente.

IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO Y TASACIÓN EXORBITANTE DE LOS DAÑOS MORALES: ME OPONGO al reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante. Lo cual torna improcedente cualquier condena por este valor, toda vez que lo pretendido sobrepasa los límites indemnizatorios reconocidos por parte de la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Civil. Lo anterior, por cuanto el 07 de marzo de 2019 la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia estableció que en los casos más graves como es el fallecimiento de un familiar cercano, el monto máximo indemnizatorio para los familiares en primer grado de consanguinidad y afinidad corresponde a la suma de \$60.000.000. En consecuencia, el rubro pretendido por los demandantes debe ser desestimado, en tanto, desconoce el límite máximo indemnizatorio.

IMPROCEDENCIA DEL DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN: ME OPONGO. Es inviable el reconocimiento del daño a la vida en relación en la medida que quienes solicitan una indemnización son los familiares de la víctima. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por este concepto, pues al haber fallecido la víctima, este tipo de perjuicio no puede ser reconocido a un tercero. Lo anterior, al tenor de la génesis de esta tipología de perjuicio que fue creado para la víctima directa, misma posición que ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en la que se dejó en claro que este rubro se reconoce únicamente en favor de la víctima directa. Con base en todo lo anterior, el Juzgado no podrá reconocer una indemnización para esta tipología de perjuicio que como se indicó no es procedente para personas diferentes a la víctima directa.

Oposición frente a la pretensión 6: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que es una pretensión consecuencial de la principal y como esa no tiene vocación de prosperidad mucho menos esta.

Oposición frente a la pretensión 7: ME OPONGO respecto de la condena solicitada al pago de costas, por sustracción de materia, no encontrándose soportada la responsabilidad que se predica, tampoco podrían salir avante dichas peticiones. Por consiguiente, además de negar las pretensiones del libelo, ruego imponer la correspondiente condena en costas y agencias en derecho a la parte actora.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso objeto el juramento estimatorio. En cuanto, a la categoría de daños patrimoniales o materiales, específicamente el lucro cesante, objeto su cuantía en atención a que la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba del daño cuya indemnización deprecia.

Así pues, no resulta procedente la pretensión impetrada según la cual debe reconocerse y pagarse en favor de la parte Demandante sumas de dinero por concepto de lucro cesante. Toda vez que **(i)** no hay prueba de la actividad productiva, **(ii)** no hay elemento de juicio que demuestre los ingresos y **(iii)** no hay material demostrativo que acredite la dependencia económica del demandante respecto del fallecido. En consecuencia, se trata de una mera expectativa que atenta contra el carácter cierto del perjuicio y por tanto, no puede presumirse valor alguno para indemnizar el lucro cesante solicitado por la parte Demandante.

En ese sentido, al no existir medios probatorios útiles, conducentes y pertinentes de la actividad económica que desarrollaba la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), no se encuentra debidamente acreditado el reconocimiento de ningún emolumento a título de lucro cesante en este caso. Lo anterior, al no haberse aportado prueba que permita acreditar los ingresos que presuntamente recibía la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), así como tampoco su actividad económica y la dependencia económica del

supuesto compañero permanente respecto de la víctima. El Honorable Juzgado con base en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado, no tendrá otra salida que desestimar la pretensión elevada por la parte actora. En efecto, estas situaciones sin lugar a dudas permiten establecer que no resulta procedente la pretensión impetrada en el libelo genitor, según la cual debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante, las cuales como se expresó en líneas anteriores, carecen de material probatorio que las sustente.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte Demandante tenía entre sus mandatos, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda y 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. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular, ha establecido lo siguiente:

“(...) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.”⁵ (Subrayado fuera del texto original)

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”⁶ (Subrayado fuera del texto original)

En efecto, no puede existir reconocimiento del lucro cesante, como quiera que no se acreditaron los supuestos probatorios idóneos, conducentes y pertinentes. En ese sentido, la demanda careció de una carga probatoria que además de certera, la misma fuera conducente con el fin de acreditar y demostrar el lucro cesante. Pues al no haberse aportado prueba que permita acreditar los ingresos que presuntamente recibía la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), así como tampoco su actividad económica y la dependencia económica del compañero permanente respecto de la víctima. El Honorable Juzgado con base en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado, no tendrá otra salida que desestimar la pretensión elevada por la parte actora. En efecto, estas situaciones sin lugar a dudas permiten establecer que no resulta procedente

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

la pretensión impetrada en el libelo genitor, según la cual debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante, las cuales como se expresó en líneas anteriores, carecen de material probatorio que las sustente.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

EXCEPCIONES FRENTE A LA REFORMA DE LA DEMANDA

1. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA ECTUACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA, ADECUADA Y CAUIDADOSA DEL CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA

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, 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 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 médica, 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.

Igualmente, debe decirse que la parte Demandante desatiende el régimen probatorio de la falla médica plenamente acreditada, en tanto que con los documentos adosados a la demanda y el escrito propiamente dicho, no logra establecer algún tipo de falla en la prestación del servicio. En efecto, en el régimen de responsabilidad médica no se presume la culpa, sino que es necesario demostrar la falla, impericia o imprudencia en la prestación del servicio que genere la responsabilidad endilgada. Lo anterior, ya que como se dijo, la responsabilidad médica se encuentra dentro del régimen de la culpa probada, en virtud de lo establecido en la Ley 1438 de 2011 en su artículo 104, que ubica la obligación entre el médico y paciente como de medios. Dado lo anterior, 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. Al respecto la Corte Suprema de Justicia en sentencia 174 del 13 de septiembre de 2002, señaló que:

“... 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.⁷”

El fundamento de esta excepción 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 y no de resultado, 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 hacerse saber cuál es la responsabilidad médica⁸.”* (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”. (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 a presumir la falla del servicio.”⁹*(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

⁷ CSJ. Civil. Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, expediente 6199

⁸ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, Mp. Alejandro Martínez Caballero.

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 13 de noviembre de 2014. CP. Ramiro Pazos Guerrero, Expediente 31182.

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para la Corte Suprema de Justicia, 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 júdice 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 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 (...)”*

*(..) 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 cual 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.”¹⁰*
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Incluso la Corte Suprema de Justicia reitera dicha obligación de medios en sentencia SC7110- 2017 del 24 de mayo de 2017, indicando que:

“...La carga de demostrar la culpa en el ejercicio de la actividad médica, al involucrar obligaciones de medio, correspondía a la parte demandante, y esto no fue cumplido. Y la perforación del intestino, al ser un riesgo inherente a la cirugía practicada, por sí, no acreditaba la mala o deficiente aplicación del procedimiento quirúrgico por el médico especialista.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de abril de 1997. CP. Carlos Betancourt Jaramillo, Expediente 9467.

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume”¹¹

En los mismos términos, en reciente pronunciamiento la Corte Suprema de Justicia reiteró la naturaleza de la prestación del servicio médico y la obligación que recae en el demandante para acreditar la culpa:

“6.3.1. Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume”.¹²

En el caso de autos y tomando en cuenta los criterios jurisprudenciales que se esbozaron anteriormente, las obligaciones médicas adquiridas por el Centro Policlínico del Olaya, a través de su cuerpo médico profesional, son obligaciones de medio y no de resultado. Es por ello, que en ninguna medida de sus actuaciones puede garantizarse un resultado determinado. No obstante, sí pueden probar en debida forma que las mismas se sujetaron a los más altos estándares médicos, mostrando un alto grado de diligencia y cuidado en sus actividades, como en efecto sucedió.

Para un mejor entendimiento de lo anterior, se debe hacer una remembranza de todo el tratamiento médico recibido por la entonces paciente en el Centro Policlínico del Olaya desde el mismo motivo de consulta inicial hasta el momento de la remisión a una institución de mayor nivel. Como primer documento se debe poner de presente el fragmento de la Historia Clínica que reposa en el expediente en donde consta el motivo de ingreso de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) al Centro Policlínico del Olaya el día 29 de agosto de 2014 para la realización de una intervención quirúrgica denominada Colectectomía Laparoscópica.

¹¹ Corte Suprema de Justicia SC 7110-2017, Radicación: 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona

¹² Corte Suprema de Justicia SC 7110-2017, Radicación: 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona

Datos Generales	
Historia: 24672789	Nombre: MARIA RUBIELA GOME
Edad: 61 Años	Estado Civil: Casado
E.A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.	Convenio: CONTRIBU14NVO
Fecha: 29/08/2014	Hora: 12:10
Impresión Diagnóstica	
Dx.: CALCULOS EN LA VESICULA	
Signos Vitales y Datos Corporales	
Frecuencia cardíaca: 73	Tensión arterial sistólica: 135
Tensión arterial diastólica: 69	Frecuencia respiratoria: 24
Temperatura: 37.00	
Condición Neurológica	
Estado de Conciencia: CONCIENTE ALERTA	Estado Pupilar: REACTIVAS
Procedimiento quirúrgico	
Cirugía a realizar: COLELAP	
LATERALIDAD DEL PROCEDIMIENTO	
Izquierdo: NO	Derecho: NO
No aplica: SI	
Paciente Confirma Procedimiento y Lateralidad	
Paciente Confirma Procedimiento y Lateralidad: SI	
Observaciones: SE INTERROGA PACIENTE QUIE CONFIRMA PORCEDIMIENTO LATERALIDA Y AYUNO	

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 29/08/2014

Cirugía a realizar: COLELAP

A partir de este primer extracto de la HC de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), se puede observar que para el día 29 de agosto de 2014 la paciente ingresó para la realización de un procedimiento quirúrgico denominado Colecistectomía Laparoscópica o COLELAP. Procedimiento que terminó de forma exitosa según registros de la HC que se presenta.

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO		Fecha: 25/02/2020
INFORME QUIRÚRGICO		Página 1 de 1
N° Historia 24672789	Paciente GOMEZ BELTRAN MARIA RUBIELA	
Sexo: FEMENINO	Edad: 61 años	
Fecha Inicio: 29/08/14 10:30	Fecha Fin: 29/08/14 12:00	
Anestesiólogo: ALFONSO LOPEZ ARANGO	Ayudante 1: Daniel Alfonso Jama Peralta	
Ayudante 2:	Instrumentador: ANGELA HIGUERA	
Enfermera: ADELITA CAMERO ORTIZ		
Tipo de Anestesia: GENERAL		
Diagnósticos:		
Pre-Operatorio:		
Tipo	Código	Diagnóstico
PR	K802	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS
Post-Operatorio:		
Tipo	Código	Diagnóstico
PR	K800	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA
Procedimientos Realizados:		
512104	COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	
Descripción Quirúrgica:		
HALLAZGOS		
HIDROCOLECISTO VESICULA DE PAREDES ENGROSADAS CON COLELITIASIS LECHO VESICULAR CRUENTO DADO EL GRAN PROCESO INFLAMATORIO SE DECIDE DEJAR HSOPITALIZADA PARA TTO AB IV		
PROCEDIMIENTO: ASEPSIA ANTISEPSIA* INCISION TRANSUMBILICAL* MEDIANTE TECNICA ABIERTA SE INSERTA PUERTO UMBILICAL 10 FR* SE INSUFLA CO2* BAJO VISION DIRECTA SE INSERTA PUERTO EPIGASTRICO 10 FR Y 1 DE 5 FR EN HIPOCONDRIO DERECHO. DISECCION* CLIPAJE* SECCION ENTRE CLIPS DE ARTERIA Y CONDUCTO CISTICO* 8 CLIPS DISECCION CISTOFUNDICA DE LA VESICULA BILIAR* EXCERESIS DE PIEZA QUIRURGICA* VERIFICACION DE HEMOSTASIA CON SURGICELL* REVISION DE CAVIDAD* CIERRE DE FASCIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA CON ETHIBON 0* CIERRE DE PIEL CON PROLENE 3-0. NO COMPLICACIONES.		

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 29/08/2014

Descripción Quirúrgica:

HALLAZGOS HIDROCOLECISTO VESICULA DE PAREDES ENGROSADAS CON COLELITIASIS LECHO VESICULAR CRUENTO DADO EL GRAN PROCESO INFLAMATORIO SE DECIDE DEJAR HSOPITALIZADA PARA TTO AB IV.

PROCEDIMIENTO: ASEPSIA ANTISEPSIA INCISION TRANSUMBILICAL* MEDIANTE TECNICA ABIERTA SE INSERTA PUERTO UMBILICAL 10 FR* SE*

INSUFLA CO2* BAJO VISION DIRECTA SE INSERTA PUERTO EPIGASTRICO 10 FR Y 1 DE 5 FR EN HIPOCONDRIO DERECHO. DISECCION* CLIPAJE* SECCION ENTRE CLIPS DE ARTERIA Y CONDUCTO CISTICO* 6 CLIPS DISECCION CISTOFUNDICA DE LA VESICULA BILIAR* EXCERESIS DE PIEZA QUIRURGICA* VERIFICACION DE HEMOSTASIA CON SURGICELL* REVISION DE CAVIDAD* CIERRE DE FASCIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA CON ETHIBON 0* CIERRE DE PIEL CON PROLENE 3-0. NO COMPLICACIONES.

Edad: 61 Años **Sexo:** Femenino
Convenio: CONTRIBU14NVO **Fecha:** 29/08/2014
DIAGNOSTICO
Dx.:: COLECISTETOMIA POR LAPAROSCOPIA
Accesos Corporales.
Venoso Central: NO **Arteriales.:** NO
Sondas Gastricas.: NO **Sonda Vesical.:** NO
Periferico: SI
Observaciones: ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO YELCO 18
SOPORTE NUTRICIONAL
Enteral: NO **Oral:** NO
Parenteral: NO **Observación:** SI
REGISTROS DE ENFERMERÍA
Nota: 13+04 INGRESA PACIENTE A RECUPERACION PROVENIENTE DE SALA DE CX 4 EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA, RIESGO DE CAIDAS ALTO, EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, BAJO EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL, CONCIENTE ALERTA Y ORIENTADO, RESPONDIENDO AL LLAMADO, CON VENOPUNCION PERMEABLE Y FUNCIONAL, CUBIERTA Y MARCADA SIN SIGNOS DE INFILTRACION NI FLEBITIS PASANDO SOLUCION SALINA, CON MANILLA DE IDENTIFICACION, CON HERIDAS QUIRURGICA TRASUMBILICALES, CUBIERTA CON GASA Y FIXOMULL. SE MONITORIZA A LA PACIENTE SE LE COLOCA MASCARA DE OXIGENO, PENDIENTE NUEVA VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA.

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 29/08/2014

Registro de enfermería

Nota: 13+04 INGRESA PACIENTE A RECUPERACION PROVENIENTE DE SALA DE CX 4 EN CAMILLA CON BARANDAS ARRIBA ...

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:ENFHOSP v3
 Fecha Historia:29/08/2014 04:53 p.m.
 Lugar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 29/08/2014 04:53 p.m.
 Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN
 Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CONTRIBU14NVO Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1
 No Historia: 24672789 Cons. Historia: 9279643
 Registro de Admision No: 653286

Datos Generales
Historia: 24672789 **Nombre:** MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN
Edad: 61 Años **Sexo:** Femenino
Convenio: CONTRIBU14NVO **Fecha:** 29/08/2014
DIAGNOSTICO
Dx.:: CALCULO VESICULA BILIAR
Accesos Corporales.
Venoso Central: NO **Arteriales.:** NO
Sondas Gastricas.: NO **Sonda Vesical.:** NO
Periferico: SI **Observaciones:** VENA PERIFERICA MIEMBRO SUPERIOR DERECHO YELCO 18
SOPORTE NUTRICIONAL
Enteral: NO **Oral:** NO
Parenteral: NO **Observación:** SI
REGISTROS DE ENFERMERÍA
Nota: 17+00 EGRESA PACIENTE DE SALA DE RECUPERACION PARA LA HABITACION DESPIERTA POSTOPERATORIO COLELAP CON LIQUDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES PASANDO CON HEIRDA CUBIERTA CON SE ENVIA HABITACION CON CAMILLERO DE TURNO PENDIENTE REPORTE DE PATOLOGIA

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 29/08/2014

Registro de enfermería

Nota: 17+00 EGRESA PACIENTE DE SALA DE RECUPERACION PARA LA HABITACION DESPIERTA POSTOPERATORIO COLELAP CON LIQUDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES PASANDO CON HEIRDA CUBIERTA CON SE ENVIA HABITACION CON CAMILLERO DE TURNO PENDIENTE REPORTE DE PATOLOGIA

...

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla: ENFHOSP v3 Fecha Historia: 30/08/2014 06:59 p.m. Lugar y Fecha: BOGOTA, BOGOTÁ D.C. 30/08/2014 06:59 p.m. Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Convenio: CONTRIBU14NVO Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1 No Historia: 24672789 Cons. Historia: 9282655 Registro de Admisión No: 653286	
Datos Generales Historia: 24672789 Edad: 61 Años Convenio: CONTRIBU14NVO	Nombre: MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Sexo: Femenino Fecha: 30/08/2014
DIAGNOSTICO Dx.: POP COLELAP Accesos Corporales Venoso Central: NO Sondas Gastricas.: NO Periferico: SI SOPORTE NUTRICIONAL Enteral: NO Parenteral: NO	
REGISTROS DE ENFERMERIA Nota: 09+00 PACIENTE RECIBE Y YOLERA VIA ORAL DESAYUNO, JEFE DE TURNO ADMINISTRA MEDICAMENTOS SIN COMPLICACION, 10+00 PACIENTE REFIERE QUE YA SE BAÑO, SE REALIZA ARREGLO DE LA UNIDAD, CURACION DE ACCESO VENOSO CAMBIO DE TENDIDOS, SE REITERA EL USO DEL TIMBRE PARA EL LLAMADO A ENFERMERIA EN CASO DE CUALQUIER NECESIDAD, 12+30 RECIBE Y TOLERA ALMUERZO SEGUN ORDEN MEDICA PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE REALIZA ARREGLO DE LA UNIDAD 15+00 SE REALIZA RONDA DE ENFERMERIA, PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE REALIZA TOMA DE LOS SIGNOS VITALES, SE REGISTRAN EN EL SISTEMA, PACIENTE 17+00 SE REALIZA RONDA DE ENFERMERIA, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR SIN NOVEDAD 18+00 PACIENTE RECIBE Y TOLERA VIA ORAL CENA, SIN COMPLICACION, SE REALIZA ARREGLO DE LA UNIDAD, LLENADO DE LA JARRA DE AGUA, ROTULOS DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS QUEDA PACIENTE EN IGUALES CONDICIONES SIN CAMBIOS DURANTE EL TURNO, ACCESO VENOSO PERMEABLE, SIN ZONAS DE PRESION, ELIMINACION ESPONTANEA PENDIENTE	

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 29/08/2014

Registro de enfermería

Nota: 09+00 PACIENTE RECIBE Y YOLERA VIA ORAL DESAYUNO, JEFE DE TURNO ADMINISTRA MEDICAMENTOS SIN COMPLICACION, 10+00 PACIENTE REFIERE QUE YA SE BAÑO, SE REALIZA ARREGLO DE LA UNIDAD, CURACION DE ACCESO VENOSO CAMBIO DE TENDIDOS, SE REITERA EL USO DEL TIMBRE PARA EL LLAMADO A ENFERMERIA EN CASO DE CUALQUIER NECESIDAD, 12+30 RECIBE Y TOLERA ALMUERZO SEGUN ORDEN MEDICA PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE REALIZA ARREGLO DE LA UNIDAD 15+00 SE REALIZA RONDA DE ENFERMERIA, PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE REALIZA TOMA DE LOS SIGNOS VITALES, SE REGISTRAN EN EL SISTEMA, PACIENTE 17+00 SE REALIZA RONDA DE ENFERMERIA, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR SIN NOVEDAD 18+00 PACIENTE RECIBE Y TOLERA VIA ORAL CENA, SIN COMPLICACION, SE REALIZA ARREGLO DE LA UNIDAD, LLENADO DE LA JARRA DE AGUA, ROTULOS DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS QUEDA PACIENTE EN IGUALES CONDICIONES SIN CAMBIOS DURANTE EL TURNO, ACCESO VENOSO PERMEABLE, SIN ZONAS DE PRESION, ELIMINACION ESPONTANEA PENDIENTE.

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla: ENF_AMBUL Fecha Historia: 30/08/2014 10:23 p.m. Lugar y Fecha: BOGOTA, BOGOTÁ D.C. 30/08/2014 10:23 p.m. Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN No Historia: 24672789 Cons. Historia: 9282992 Atención: Ambulatorio	
Datos Generales Historia: 24672789 Edad: 61 Años Fecha: 30/08/2014	Nombre: MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Estado Civil: Casado Hora: 22:19
Signos Vitales y Datos Corporales Dx.: POP COLELAP Tensión arterial diastólica: 75 Frecuencia respiratoria: 20	
Accesos Corporales Nota: PACIENTE CON SALIDA PENDIENTE, SE REALIZAN TRAMITES DE SALIDA, FAMILIAR REALIZA TRAMITES, SE RETIRA ACCESO VENOSO, SE ENTREGAN FORMULAS MEDICAS Y SE DAN RESPECTIVAS RECOMENDACIONES, PACIENTE EGRESA EN BUENAS CONDICIONES	
Medicamentos RC: RC-0610	

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 29/08/2014

Registro de enfermería

Nota: PACIENTE CON SALIDA PENDIENTE, SE REALIZAN TRAMITES DE SALIDA, FAMILIAR REALIZA TRAMITES, SE RETIRA ACCESO VENOSO, SE ENTREGAN

**FÓRMULAS MÉDICAS Y SE DAN RESPECTIVIAS RECOMENDACIONES, PACIENTE
EGRESA EN BUENAS CONDICIONES**

A partir de todo el recuento documental de la HC de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), se concluye que el procedimiento quirúrgico denominado Colecistectomía Laparoscópica o COLELAP fue exitoso, la atención del Centro Policlínico del Olaya fue acorde a los más altos estándares de calidad, sujeto a las necesidades del paciente y culminó con una alta médica debido a estado de salud de la paciente. Es decir, la salida se origina por las buenas condiciones generales que presentaba la paciente. Por lo anterior, sienta evidente y no habiendo discusión o reproche frente a esta intervención, es evidente que no existe responsabilidad en cabeza del CPO, como quiera que se demostró que la atención médica brindada por esta entidad fue diligente y acorde con los más altos estándares de calidad.

Ahora bien, estando demostrado la debida diligencia en la atención médica prestada por el CPO en el marco de la atención médica dada a la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) entre el 29 y el 30 de agosto de 2014. Es momento de abordar toda la atención prestada entre el 16 y el 24 de septiembre del mismo año en donde se constata que los hechos y pretensiones que dieron origen al proceso no pueden ser imputables al CPO. Como primer fragmento de la HC de la paciente, es importante traer a colación el motivo de ingreso a la institución el día 16 de septiembre de 2014.

ORDEN DE INGRESO O EGRESO	
Registro de Calidad: Fecha Historia: 16/09/2014 06:40 p.m. Lugar y Fecha: BOGOTÁ, BOGOTÁ D.C. 16/09/2014 06:40 p.m. Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: URGCAPITA2012 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1 No Historia: 24672789 Atención: Urgencias	
Tipo de Orden: Ingreso Vía Ingreso: Urgencias Especialidad: MEDICINA GENERAL	
Comentario:	
DR. Karina Paola Durango Vaquero CC 1002127300 Especialidad: MEDICINA GENERAL Registro: 1002127300	

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 16/09/2014

Tipo de Orden: Ingreso

Vía Ingreso: Urgencias

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Impresión Diagnóstica**Dx. Principal:** R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS**Dx. Relacionado 1:** Z988-OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS**Tipo de Diagnostico Principal:** IMPRESION DIAGNOSTICA**Plan de Estudio y Manejo****Comentarios:** PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL POSTEIROR A POP , PACIENTE LA CUAL PRESENT APICOS FEBRILES SUBJETIVOS Y MUCHO DOLOR ALA PALPACION EN MARCO COLICO SE LE SOLCICITA RX DE ABDOMEN SIMPLE NALAGESIICO

HEMOGRAMAAMILASA Y FUNSIONA HEPÁTICA REVALORAR

Dias/Inc.: 0**Destino del Paciente****Salida:** NO**Urgencias:** SI**RC-CTAE:** RC-0579

DR. BRIAND MEZA BRAVO

CC 72342063

Especialidad. MEDICINA GENERAL

Registro. 72342063

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 16/09/2014

Impresión Diagnóstica

Dx. Principal: R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Dx. Relacionado 1: Z988-OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS

ESPECIFICADOS

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Plan de Estudio y Manejo

Comentarios: PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL POSTEIROR A POP, PACIENTE LA CUAL PRESENT APICOS FEBRILES SUBJETIVOS Y MUCHO DOLOR ALA PALPACION EN MARCO COLICO SE LE SOLCICITA RX DE ABDOMEN SIMPLE NALAGESIICO HEMOGRAMAAMILASA Y FUNSIONA HEPÁTICA REVALORAR

Como se puede apreciar en los dos extractos de la HC que se presentaron, la paciente ingresó por medio del servicio de urgencias en donde recibió la atención de los médicos de turno de forma oportuna, ordenando una placa radiográfica, formulando medicamentos para intentar tratar las afecciones que presentaba la paciente. Así mismo, se dejó consignado en el mismo documento que debía realizarse una revaloración, evento apenas lógico, en la medida que los galenos requerían los resultados de los exámenes para tratar de identificar la patología de la paciente junto con el tratamiento a seguir. Es por esto que durante todo el resto del día la paciente fue sometida a estudios y tomas de muestras con el fin de conocer el motivo por el cual se deterioró la salud de la misma. Todos los exámenes culminaron con una Ecografía abdominal por medio de la cual se pudo llegar a un diagnóstico sustentado en este examen, como se puede observar en el siguiente extracto de la HC.

ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

Registro de Calidad:RC-0161
 Fecha Historia: 16/09/2014 06:40 p.m.
 Lugar y Fecha BOGOTÁ, BOGOTÁ D.C. 16/09/2014 06:40 p.m.
 Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN
 Administradora: SALUD TOTAL EPS-S A Convenio: URGCAPITA2012 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1
 No Historia: 24672789 Orden Nº: 6070742

Atención: Urgencias

- **Procedimiento:** 312110 - ECO ABDOMINAL SUPERIOR INCLUYE HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:** 9334960DE HIGADO Y DE VIAS BILIARES

DX Principal: K803 CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLANGITIS

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

DR. Karina Paola Durango Vaquero
 CC 1002127300
 Especialidad: MEDICINA GENERAL
 Registro: 1002127300

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 16/09/2014

Procedimiento: 312110 - ECO ABDOMINAL SUPERIOR INCLUYE HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS

DX Principal: K803 CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLANGITIS

En efecto, como se observa de la imagen que antecede, el mismo día de ingreso de la paciente al CPO se le realizó una Ecografía abdominal en donde se pudo concluir que el diagnóstico principal a partir del examen era calculo en el conducto biliar. A partir de ello se inició el tratamiento para mejora de la patología inicial presentada por la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), mismo que fue compuesto por medicamentos, exámenes, valoraciones interdisciplinarias, entre otras actuaciones que además de ser oportunas por haberse dado el mismo día en que ingresó la paciente, fueron bajo los más altos estándares de calidad.

HISTORIA CLINICA
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO
 TEL: 886149483
 C/ CARRETA 21 NO 22 88 SUR - TEL: 3612888

Código Paciente:RC-0129
 Fecha Historia: 17/09/2014 02:52 p.m.
 Lugar y Fecha BOGOTÁ, BOGOTÁ D.C. 17/09/2014 02:52 p.m.
 Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN
 Administradora: SALUD TOTAL EPS-S A Convenio: URGCAPITA2012 Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1
 No Historia: 24672789 - Cons. Historias: 9337893
 Registro de Admision: No: 655299

Datos Generales
 Historia: 24672789
 Edad: 61 años
 E.A.P. B.: SALUD TOTAL E.P.S.
Identificación
 Nombre: MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN
 Sexo: Femenino
 Estado Civil: DIVORCIADA
 Fecha de Nacimiento: 1953-08-06
 Fecha de Emisión: 17/09/2014
 Teléfono: 3597774

Exposición
 "CÓMO HAMBRE Y CON DOLOR"
 PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS ALERTA
 CONSTANTES VITALES:
 TA: 120/90 MMHG FC: 66 LPM FR: 17 RPM T: 37 °C SATURACION: 99 % CON OXIGENO AMBIENTE.
 NORMOGEFALIA, CONJUNTIVAS ROSADAS, SIN SECRECIONES PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ Y A LA ACOMODACION. MUCOSA ORAL
 HÚMEDA SIN LESIONES. CUELLO MOVIL SIN DOLOR A LA PALPACION Y MOVILIZACION DE NUCA SIN MASAS O ADENOPATIAS SIN RIGIDEZ.
 TÓRAX SIMETRICO SIN TRAJALES SIN RESTRICCIONES CON MURRILLO VESICULAR EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN SOBRESABIGADOS.
 RUIDOS CARDIACOS RETRACOS DE BUENA INTENSIDAD SIN SOPLOS.
 ABDOMEN BALDNO DEPRESIBLE CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO DOLOR A LA PALPACION DE HCD. - NO SF - NO MASAS
 FIBROESISTENTES. PULSO FRECO Y TIBAL. POSTERIOR DE BUENA INTENSIDAD SIMETRICOS. LL EN ADO CAPILAR MENOR DE DOS SEGUNDOS.
 NEUROLOGICO SIN ALTERACION SENSITIVO MOTORA DISTAL. SIN RIGIDEZ EN NUCA SIN SIGNOS MENINGEOS.

AL PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMEN PREVIA COLECISTECTOMIA AL MOMENTO CON TINTE ICTERICO Y DOLOR EN HCD VALORADO POR DR PALACIOS QUIEN SOLICITA ECO DE CONTROL. PARACLINICOS DE BASE HOSPITALIZAR PARA REALIZACION DE OPRE Y PARACENTESIS GUIADA POR ECO DE ESPERICA A LA PACIENTE ENTENDE YA CEPTA

Impresión Diagnóstica
 Dr. Práxedes RUBI CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS Tipo de Diagnóstico Principal: CONFIRMADO NUEVO

Plan de Estudios y Manejo
 Comentario: PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMEN PREVIA COLECISTECTOMIA AL MOMENTO CON TINTE ICTERICO Y DOLOR EN HCD VALORADO POR DR PALACIOS QUIEN SOLICITA ECO DE CONTROL. PARACLINICOS DE BASE HOSPITALIZAR PARA REALIZACION DE OPRE Y PARACENTESIS GUIADA POR ECO DE ESPERICA A LA PACIENTE ENTENDE YA CEPTA

Destino del Paciente
 Estudios:
 Multispecialistas:
 Consultas de Seguimiento:
 BC

Farmacologías:
Signos de Alarma:

DR. Ariana Mariana Diaz Carreras
 CC 2005664
 Especialidad: MEDICINA GENERAL
 Registro: 17115

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 17/09/2014

Plan de estudio y manejo:

Comentarios: Paciente con cuadro de dolor abdomen previa colecistectomía al momento con tinte icterico y dolor en HCD valorado por DR Palacios quien solicita ECO de control

paraclínicos de base hospitalizar para realización de CPRE y paracentesis guiada por ECO se explica a la paciente entiende y acepta.

Como se observa, el día 17 de septiembre de 2021 se puso en conocimiento de la paciente que la recomendación por parte de los galenos era realizar el procedimiento denominado Colangiografía Endoscópica Retrograda CPRE, lo cual fue aceptado por la misma paciente. Luego de esto, se llevaron a cabo más exámenes, consultas y suministro de medicamentos con el fin de estabilizar a la paciente para el momento en que se fuera a realizar el procedimiento CPRE. Este último, se llevó a cabo el día como se puede constatar en los siguientes extractos de la HC.

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO			
INFORME QUIRÚRGICO			
		Fecha: 25/02/2020 Página 1 de 1	
Nº Historia: 24672789	Paciente: GOMEZ BELTRAN MARIA RUBIELA		
Sexo: FEMENINO	Edad: 61 años		
Fecha Inicio: 19/09/14 6:30	Fecha Fin: 19/09/14 7:00		
Anestesiólogo: ALFONSO LOPEZ ARANGO	Ayudante 1:		
Ayudante 2:	Instrumentador:		
Enfermera:			
Tipo de Anestesia: GENERAL			
Diagnósticos:			
Pre-Operatorio:			
Tipo	Código	Diagnóstico	
PR	K805	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS	
Post-Operatorio:			
Tipo	Código	Diagnóstico	
PR	K805	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS	
Procedimientos Realizados:			
511100	COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL) SOD		
Descripción Quirúrgica:			
PREVIA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SE REALIZA CPRE:			
MEDICO: DR LEAL			
ANESTESIA GENERAL DR LOPEZ			
PROCEDIMIENTO: CPRE			
DUODENOSCOPIA: PAPILA MAYOR NORMAL			
COLANGIOGRAFIA: SOBRE GUIA SE INTENTA CANALIZAR LA VIA BILIAR PERO LA GUIA SE VA PERSISTENTEMENTE AL WIRSUNG. SE REALIZA PAPILOTOMIA POR PRECORTE INTENTANDO INGRESAR A LA VIA BILIAR PERO LA GUIA NO AVANZA. SE SUSPENDE EL PROCEDIMIENTO			
DIAGNOSTICOS:			
PAPILA MAYOR NORMAL			
WIRSUNG NORMAL			
Drenajes:			
NO			
Instrucciones:			
COMPLEMENTAR CON TAC ABDOMINAL Y SEGUN HALLAZGOS DEFINIR MANEJO QX			
Recuento de Compresas y Gasas			
NO			
Compresas Iniciales:	0	Compresas Finales:	0
Gasas Iniciales:	0	Gasas Finales:	0
Rollos Iniciales:	0	Rollos Finales:	0
Tejido a Patología: NO			
Nombres y Apellidos del Médico Cirujano: CARLOS ALBERTO LEAL BUITRAGO			

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 19/09/2014

Descripción Quirúrgica: PREVIA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SE REALIZA CPRE:

MEDICO: DR LEAL

ANESTESIA GENERAL DR LOPEZ

PROCEDIMIENTO: CPRE

DUODENOSCOPIA: PAPILA MAYOR NORMAL

COLANGIOGRAFIA: SOBRE GUIA SE INTENTA CANALIZAR LA VIA BILIAR PERO LA GUIA SE VA PERSISTENTEMENTE AL WIRSUNG. SE REALIZA PAPILOTOMIA POR PRECORTE INTENTANDO INGRESAR A LA VIA BILIAR PERO LA GUIA NO AVANZA. SE SUSPENDE EL PROCEDIMIENTO

DIAGNOSTICOS:

PAPILA MAYOR NORMAL

WIRSUNG NORMAL

Drenajes: NO

Instrucciones:

COMPLEMENTAR CON TAC ABDOMINAL Y SEGUN HALLAZGOS DEFINIR MANEJO QX

Como se puede apreciar en el informe quirúrgico, el procedimiento no pudo llevarse a cabo debido al estado interno y anatómico de la paciente que no permitió al galeno llevar a cabo el procedimiento y lo obligó a suspender el objeto de la intervención. Finalizado el intento de procedimiento, se ordena tomar un TAC abdominal para definir el nuevo tratamiento o camino a seguir con respecto a la paciente.

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla: HOSP-E Fecha Historia: 19/09/2014 07:44 a.m. Lugar y Fecha: BOGOTA, BOGOTÁ D.C. 19/09/2014 07:44 a.m. Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CONTRIBU14NVO Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1 No Historia: 24672789 Cons. Historia: 9343070 Registro de Admisión No: 655547	
Datos Generales Historia: 24672789 Hora: 07:43 E.A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.	Convenio: CONTRIBU14NVO Fecha: 19/09/2014
Identificación Nombre: MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Sexo: Femenino	Edad: 61 Años Telefono: 3597774
SUBJETIVO: SE ABRE FOLIO PARA ORDNER TAC ABDOMEN CONSTRASTADO OBJETIVO EXAMEN FISICO: SE ABRE FOLIO PARA ORDNER TAC ABDOMEN CONSTRASTADO	
Signos Vitales y Datos Corporales Tensión arterial sistólica: 120 Frecuencia cardíaca: 89 Signos Complementarios Glucometria (mg/dl): 95	
ANALISIS: SE ABRE FOLIO PARA ORDNER TAC ABDOMEN CONSTRASTADO Impresión Diagnóstica Dx. Principal: R17X-ICTERICIA NO ESPECIFICADA	
Destino del Paciente EGRESO Nutricionales: - Consultas de Seguimiento: - RC:: -	
Tensión arterial diastólica: 78 Frecuencia respiratoria: 15 Saturacion de O2: 92 Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO Farmacologicas: - Signos de Alarma: -	

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 19/09/2014

ANALISIS

ANALISIS: SE ABRE FOLIO PARA ORDNER TAC ABDOMEN CONSTRASTADO

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla: HOSP-E Fecha Historia: 20/09/2014 10:41 a.m. Lugar y Fecha: BOGOTA, BOGOTÁ D.C. 20/09/2014 10:41 a.m. Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CONTRIBU14NVO Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1 No Historia: 24672789 Cons. Historia: 9346676 Registro de Admisión No: 655547	
Datos Generales Historia: 24672789 Hora: 10:39 E.A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.	Convenio: CONTRIBU14NVO Fecha: 20/09/2014
Identificación Nombre: MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Sexo: Femenino	Edad: 61 Años Telefono: 3597774
SUBJETIVO: PACIENTE QUE REFIERE MALEATR GENERAL, NAUSEAS, DOLOR ABDOMINAL LEVE. OBJETIVO EXAMEN FISICO: REGULAR ESTADO GENERAL, CON ICTERICIA GENERALZIADA, MUCOSA ORALS EMIHUDEMA, CUELLO MOVIL, SIN ADENOAPTIAS, RUIDO CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES SIN AGREGADOS, ABDOMEN DISTENDIDO NO MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROPICAS SIN EDEMA.	
Signos Vitales y Datos Corporales Tensión arterial sistólica: 125 Frecuencia cardíaca: 79 Signos Complementarios Signos Complementarios: SI Saturacion de O2: 92	
ANALISIS: PACIENTE CON CUADRO DE ICTERICIA EN ESTUDIO, TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO TREALIZADO HOY, PENDIENTE REPROTE OFICIAL, CONTINUA IGUAL MANEJO. CIRUGIA GENERAL, ORDENA COLOCAR SONDA VESICAL, NASOGASTRICA, , RX TORAX, EKG Y PARACLINICOS CONTROL HOY. ATENTOS A EVOLUCION	
Tensión arterial diastólica: 78 Frecuencia respiratoria: 14 Glucometria (mg/dl): 99	

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 20/09/2014

ANALISIS

ANALISIS: PACIENTE CON CUADRO DE ICTERICIA EN ESTUDIO, TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO TREALIZADO HOY, PENDIENTE REPROTE OFICIAL. CONTINUA IGUAL MANEJO. CIRUGIA GENERAL, ORDENA COLOCAR SONDA VESICAL, NASOGASTRICA, RX TORAX, EKG Y PARACLINICOS CONTROL HOY. ATENTOS A EVOLUCION

Con los anteriores extractos de la HC, se puede demostrar que se realizó orden para la realización de un TAC abdominal y este procedimiento se llevó a cabo al día siguiente. Con esto no solo demostrando la diligencia del galeno que atendió a la paciente, sino también el manejo con un grupo interdisciplinario de especialistas, múltiples exámenes y aplicación de diversos medicamentos con el fin de lograr una mejoría en el estado de salud de ella. En otras palabras, desde el procedimiento que se intentó realizar a la paciente hasta el momento en que se realizó el nuevo examen ordenado, se le prestó la atención médica experta, diligente y acorde a los más altos estándares de calidad.

Adicionalmente, el día 20 de septiembre de 2014 los galenos, al observar el estado del paciente, ordenaron la remisión a una UCI. Sin embargo, una vez consultado se pudo constatar que en ese momento no había ninguna unidad de cuidado intensivo disponibles para el ingreso de la paciente, tal y como se observa a continuación.

Datos Generales Historia: 24672789 Hora: 14:43 E.A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.		Convenio: CONTRIBU14NVO Fecha: 20/09/2014	
Identificación Nombre: MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Sexo: Femenino		Edad: 61 Años Telefono: 3597774	
SUBJETIVO: PACIENTE DE 61 AÑOS CON IDX: 1. PANCREATITIS POSCPRE 2. COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL73. HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN CON LEVE DOLOR ABDOMINAL SIN PICOS FEBRILES CON DIURESIS POSITIVA NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.			
OBJETIVO EXAMEN FISICO: CONCIENTE ALERTA ORIENTADO CON SV: TA: 144/84MMHG, FC:98XMIN, FR:20XMIN, T:36.8 C/C:CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ CUELLO MOVIL SONDA NASOGASTRICA DRENAJE DE 200 CC EN 6 HORAS, C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS ABD:GLOBOSO BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE MESOGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL G/U: SONDA VESICAL 200 CC EN 6 HORAS EXT: EUTROFICAS SIMETRICAS SIN EDEMAS SNC:CONCIENTE ALERTA ORIENTADO			
Signos Vitales y Datos Corporales Tensión arterial sistólica: 144 Frecuencia cardiaca: 98 Signos Complementarios Glucometria (mg/dl): 133			
		Tensión arterial diastólica: 84 Frecuencia respiratoria: 20	
ANALISIS: PACIENTE DE 61 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA POS CPRE SE REALIZA APACHE EL RESULTADO 8 ES COMENTADO CON CIRUGIA GENERAL QUIEN INDICA VALORACION POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ACTUALMENTE NO HAY DISPONIBILIDAD DE CAMA SE COMENTA PACIENTE CON MEDICO DE ACE QUIEN ACEPTA EL PACIENTE PARA MONITORIZACION Y VIGILANCIA MEDICA, SE INDICA PASAR BOLO DE 1000 CC AHORA Y CONTINUAR A 150 CC HORA.			
Impresión Diagnóstica Dx. Principal: K85X-PANCREATITIS AGUDA		Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO	
Plan de Estudio y Manejo Comentarios: PACIENTE DE 61 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA POS CPRE SE REALIZA APACHE EL RESULTADO 8 ES COMENTADO CON CIRUGIA GENERAL QUIEN INDICA VALORACION POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ACTUALMENTE NO HAY DISPONIBILIDAD DE CAMA SE COMENTA PACIENTE CON MEDICO DE ACE QUIEN ACEPTA EL PACIENTE PARA MONITORIZACION Y VIGILANCIA MEDICA, SE INDICA PASAR BOLO DE 1000 CC AHORA Y CONTINUAR A 150 CC HORA.			
<p><i>Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO</i></p> <p><i>Fecha: 20/09/2014</i></p> <p><i>Plan de Estudio y Manejo</i></p> <p><i>Comentarios: PACIENTE DE 61 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA POS CPRE SE REALIZA APACHE EL RESULTADO 8 ES COMENTADO CON CIRUGIA GENERAL QUIEN INDICA VALORACION POR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ACTUALMENTE NO HAY DISPONIBILIDAD DE CAMA SE COMENTA PACIENTE CON MEDICO DE ACE QUIEN ACEPTA EL PACIENTE PARA MONITORIZACION Y VIGILANCIA MEDICA, SE INDICA PASAR BOLO DE 1000 CC AHORA Y CONTINUAR A 150 CC HORA.</i></p>			

Para este momento, el diagnóstico del paciente ha cambiado a Pancreatitis Aguda, que junto con el estado de salud de la misma requirieron de la necesidad de llevar a cabo una remisión a UCI. Misma que no pudo llevarse a cabo como consecuencia de la falta de disponibilidad de una de estas unidades.

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla: HOSP-E	
Fecha Historia: 22/09/2014 05:13 p.m.	
Lugar y Fecha: BOGOTÁ, BOGOTÁ D.C. 22/09/2014 05:13 p.m.	
Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN	
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S.A. Convenio: CONTRIBU14NVO Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1	
No Historia: 24672789 Cons. Historia: 9353214	
Registro de Admisión No: 655547	
Datos Generales	
Historia: 24672789	Convenio: CONTRIBU14NVO
Hora: 17:12	Fecha: 22/09/2014
E.A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.	
Identificación	
Nombre: MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN	Edad: 61 Años
Sexo: Femenino	Telefono: 3597774
SUBJETIVO	
SUBJETIVO: PACIENTE DE 61 AÑOS CON IDX: 1. PANCREATITIS AGUDA POS CPRE 2. CPRE FALLIDA 3. COLEDOCOLITIASIS 4. HIPERTENSION ARTERIAL 5. DISTENSION ABDOMINAL PACIENTE REFIERE QUE PERSISTE CON DISTENSION ABDOMINAL Y DOLOR A NIVEL DE MESOGASTRIO SIN PICOS FEBRILES CON DISMINUCION DE GASTO URINARIO NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA	
OBJETIVO	
EXAMEN FISICO: CONCIENTE ALERTA ORIENTADO CON SV: TA: 155/98MMHG, FC:115XMIN FR:22XMIN T:36.8 C/C:CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS SONTA NASOGASTRICA A LIBRE DRENAJE C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS ABD:GLOBOSO BLANDO DEPRESIBLE RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS CON MARCADA DISTENSION ABDOMINAL NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS EXT:EUTROFICAS SIMETRICAS EDEMA GRADO I SNC:CONCIENTE ALERTABLE.	
Signos Vitales y Datos Corporales	
Tensión arterial sistólica: 155	Tensión arterial diastólica: 98
Frecuencia cardiaca: 115	Frecuencia respiratoria: 22
Signos Complementarios	
Glucometria (mg/dl): 0	
ANALISIS	
ANALISIS: PACIENTE DE 61 AÑOS CON PANCREATITIS POSCPRE PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL CON MARCADA DISTENSION ABDOMINAL CON FALLA PRERENAL CON EVOLUCION ESTACIONARIA CONSIDERO QUE LA PACIENTE DEBE SER MANEJADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SE CONTINUA MANEJO MEDICO SE EXPLICA A LA PACIENTE LA CUAL ENTIENDE Y ACEPTA.	

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 22/09/2014

PACIENTE DE 61 AÑOS CON PANCREATITIS POSCPRE PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL CON MARCADA DISTENSION ABDOMINAL CON FALLA PRERENAL CON EVOLUCION ESTACIONARIA CONSIDERO QUE LA PACIENTE DEBE SER MANEJADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SE CONTINUA MANEJO MEDICO SE EXPLICA A LA PACIENTE LA CUAL ENTIENDE Y ACEPTA.

HISTORIA CLINICA	
Código Plantilla: ENFHOSP v3	
Fecha Historia: 23/09/2014 06:44 p.m.	
Lugar y Fecha: BOGOTÁ, BOGOTÁ D.C. 23/09/2014 06:44 p.m.	
Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN	
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S.A. Convenio: CONTRIBU14NVO Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1	
No Historia: 24672789 Cons. Historia: 9357100	
Registro de Admisión No: 655547	
Datos Generales	
Historia: 24672789	Nombre: MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN
Edad: 61 Años	Sexo: Femenino
Convenio: CONTRIBU14NVO	Fecha: 23/09/2014
DIAGNOSTICO	
Dx.: PANCREATITIS	
Accesos Corporales	
Venoso Central: NO	Arteriales: NO
Sondas Gastricas.: NO	Sonda Vesical.: NO
Periferico: SI	Observaciones: ACCESO VENOSO PERIFERICO PERMEABLE
SOPORTE NUTRICIONAL	
Enteral: NO	Oral: NO
Parenteral: NO	Observación: NO
REGISTROS DE ENFERMERIA	
Nota: 16+00 JEFE DE SERVICIO ADMINISTRA MEDICACION ORDENADA SIN COMPLICACIONES 17+00 PACIENTE RECIBE VALORACION MEDICA QUIEN ORDENA REMISION PA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, PRO NO DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN LA INSTITUCION, , SE RECOLECTA MUESTRA DE ORINA PARA UROANALISIS UROCULTIVO Y GRAM DE ORINA SE OBSERVA ACCESO VENOSO PERIFERICO INFILTRADO, SE CANALIZA VENA PERIFERIFCA JELCO 18 CONTINUA PASANDO LACTATOD E RINGER A 200 CC HORA, 18+00 ARREGLO DE LA UNIDAD PACIENTE ESTABLE 18+30 PACIENTE DESCANSA EN LA UNIDAD SE REALIZA TOMA DE GLUCOMETRIA SE DESOCUPAN DRENES, 19+00 ENTREGO PACIENTE EN LA UNIDAD ESTABLE NO COMPLICACIONES	

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 23/09/2014

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Nota: 16+00 JEFE DE SERVICIO ADMINISTRA MEDICACION ORDENADA SIN COMPLICACIONES 17+00 PACIENTE RECIBE VALORACION MEDICA QUIEN ORDENA REMISION PA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, PRO NO DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN LA INSTITUCION, , SE RECOLECTA MUESTRA DE ORINA PARA UROANALISIS UROCULTIVO Y GRAM DE ORINA SE OBSERVA ACCESO VENOSO PERIFERICO INFILTRADO, SE CANALIZA VENA PERIFERIFCA JELCO 18 CONTINUA PASANDO LACTATOD E RINGER A 200 CC HORA, 18+00 ARREGLO DE LA UNIDAD PACIENTE ESTABLE 18+30 PACIENTE DESCANSA EN LA

UNIDAD SE REALIZA TOMA DE GLUCOMETRIA SE DESOCUPAN DRENES, 19+00 ENTREGO PACIENTE EN LA UNIDAD ESTABLE NO COMPLICACIONES.

HISTORIA CLINICA		
Código Plantilla:HOSP-E Fecha Historia:24/09/2014 02:26 a.m. Lugar y Fecha:BOGOTA,BOGOTÁ D.C. 24/09/2014 02:26 a.m. Documento y Nombre del Paciente: CC 24672789 MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CONTRIBU14NVO Tipo de Usuario: CONTRIBUTIVO-BENEFICIARIO ESTRATO 1 No Historia: 24672789 Cons. Historia: 9357793 Registro de Admisión No: 655547		
Datos Generales Historia: 24672789 Hora: 02:22 E.A.P.B.: SALUD TOTAL E.P.S.	Convenio: CONTRIBU14NVO Fecha: 24/09/2014	
Identificación Nombre: MARIA RUBIELA GOMEZ BELTRAN Sexo: Femenino		Edad: 61 Años Telefono: 3597774
SUBJETIVO SUBJETIVO: PACIENTE DE 61 ÑOS CON IDX: 1. PANCREATITIS AGUDA APACHE 7 2. FALLA RENAL - PRERENAL 3. HIPERTENSION ARTERIAL PACIENTE REFIERE SENTIRSE CON DISTENSION ABDOMINAL SIN PICOS FEBRILES SIN DISNEA CON ANURIA SIN PICOS GASTO URINARIO 0.2 EN 12HORAS NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA		
OBJETIVO EXAMEN FISICO: CONCIENTE ALERTA ORIENTADO CON SV: TA: 145/89MMHG, FC:111XMIN FR:21XMIN T:36.5 C/C:CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS CON Sonda NASOGASTRICA A LIBRE DRENAJE C/P:RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS ABD:GLOBOSO BLANDO DEPRESIBLE RUIDOS INTESTINALES DISMINUIDOS CON MARCA DISTENSION ABDOMINAL NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL G/U: DIURESIS 200 CC EN 7 HORAS, EXT: EUTROFICAS SIMETRICAS SIN EDEMAS SNC:CONCIENTE ALERTA ORIENTADO.		
Signos Vitales y Datos Corporales Tensión arterial sistólica: 145 Frecuencia cardiaca: 111	Tensión arterial diastólica: 89 Frecuencia respiratoria: 21	
Signos Complementarios Glucometria (mg/dl): 0		
ANALISIS ANALISIS: PACIENTE DE 61 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA APACHE 7 CON ANURIA ES VALORADA POR UCI QUIEN REQUIERE MANEJO URGENTE SE REMITE LA PACIENTE PARA MANEJO A CLINICA NOGALES A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA MANEJO INTEGRAL, SE REALIZA TRASLADO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA.		

Transcripción de la parte esencial: Historia Clínica CPO

Fecha: 24/09/2014

ANALISIS: PACIENTE DE 61 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA APACHE 7 CON ANURIA ES VALORADA POR UCI QUIEN REQUIERE MANEJO URGENTE SE REMITE LA PACIENTE PARA MANEJO A CLINICA NOGALES A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA MANEJO INTEGRAL, SE REALIZA TRASLADO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA.

A partir de todo lo anteriormente referido, es evidente que la atención médica dada a la paciente en el CPO fue la requerida en cada momento de su estadía en la institución, con un manejo por parte de un grupo interdisciplinario integrado por diferentes especialistas. Así como también se llevaron a cabo diversos estudios, exámenes y hasta se intentó un procedimiento quirúrgico que no pudo llevarse a cabo a causa del estado interno de la paciente. Todo lo que llevó a determinar el diagnóstico de pancreatitis, que requería ingreso a UCI que fue lo que se realizó el 24 de septiembre de 2014, pues no se había podido realizar con anterioridad como consecuencia de la falta de disponibilidad.

Aunado a lo anterior, en todo el curso de la atención médica dada por los médicos adscritos al CPO mostraron una debida diligencia en su actuar médico. Todos los procedimientos practicados se sujetaron a los criterios de racionalidad y gradualidad que son requeridos y dictaminados. A partir de lo anterior, es importante poner de presente que el galeno no se puede comprometer a un determinado resultado, por cuanto su actividad médica siempre está sujeta a ciertas particularidades que configuran el componente aleatorio al que se encuentra sujeta dicha actividad, por más que la misma sea ejecutada de manera rigurosa y oportuna.

En conclusión, se resalta que en casos como el presente en donde se discute la responsabilidad del ente hospitalario, la misma es enervada por la debida diligencia. En tal virtud, en este caso lo único que se encuentra demostrado es que el personal médico científico del Centro Policlínico del Olaya actuó con diligencia, pericia y acogimiento a los

cánones de la lex artis. De esa forma, no existe ni la más mínima prueba del supuesto error médico que dé lugar a la responsabilidad del Centro Hospitalario demandado y el consecuente reconocimiento de indemnización de perjuicios.

Es por todo lo anterior, que solicito al Señor Juez, declarar probada esta excepción.

2. INEXISTENCIA DE PRUEBA DEL ANEXO CAUSAL ENTRE EL ACTUAR DEL HOSPITAL Y DECESO DE LA PACIENTE.

En términos generales, para poder acreditar la existencia de la responsabilidad en contra de una parte determinada, es imprescindible la presencia de algunos elementos mínimos sin los cuales al juzgador no le quedará más remedio que prescindir de cualquier pretensión indemnizatoria de la parte demandante. En la doctrina y la jurisprudencia se ha discutido la necesidad de la existencia de ciertos elementos como la culpa, dependiendo del régimen de responsabilidad que se defiende de cara al caso concreto (responsabilidad subjetiva u objetiva).

Sin embargo, un elemento cuya necesidad nunca se ha puesto en duda, para poder demostrar la existencia de la responsabilidad, es el nexo causal. Lo anterior, porque es imposible achacarle un supuesto daño o perjuicio a una parte, sin que se acredite que sus actos efectivamente fueron la causa directa o adecuada del daño alegado. Es por eso que la carga mínima de la prueba en cabeza del Demandante consiste en demostrar el hecho, el daño y el nexo causal entre el hecho y el daño.

Sobre todo, lo anterior, la doctrina ha señalado lo siguiente:

*“En la responsabilidad civil existen dos nexos causales: primero, entre la culpa y el hecho, y el segundo, entre el hecho y el daño. Si no hay nexo causal entre la culpa y el hecho, hay causa extraña. **Si no hay nexo causal entre el hecho y el daño, este es indirecto.**”*

Para que exista responsabilidad civil subjetiva, bien sea contractual o extracontractual, se requieren cuatro elementos: **culpa, hecho, daño y nexo causal**. En el caso de la responsabilidad civil objetiva, se necesitan tres elementos: **hecho, daño y nexo causal**¹³ (subraye y negrilla fuera del texto original).

En este orden de cosas, es claro cómo ha sostenido el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema, que en los eventos en que existen diferentes causas de un daño, el compromiso de la responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce y por eso la responsabilidad, no puede deducirse si no cuando proviene y se demuestra que fue generada por el imputado. Lo anterior se puede confirmar con lo expuesto por la Corte Suprema de Justicia en la Sentencia del 30 de noviembre de 2011:

¹³ ORTIZ GÓMEZ Gerardo “Nexo Causal en la Responsabilidad Civil” en: CASTRO Marcela – Derecho de las Obligaciones Tomo II. Editorial Temis S.A. Bogotá 2010.

“(..). En definitiva, allí se concluyó que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial

o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa (...)”¹⁴ (Negrilla y resaltado por fuera del texto original).

En ese sentido, para determinar la existencia de nexo causal ente el hecho y el daño, se debe observar la relación eficaz entre el hecho generador y el daño causado. Es así, como el actuar del agente de quien se demanda la responsabilidad, tiene que estar ligado directamente con la generación del daño. Es decir, su acción u omisión debe ser el generador del daño que se reclame. En el caso concreto, es claro que no existe ningún tipo de nexo causal entre la actuación del CPO y el fallecimiento de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.). Lo anterior debido a que no obra prueba en el plenario por medio de la cual se acredite que el fallecimiento de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) fue como consecuencia de la atención médica recibida en el CPO.

Acunado a lo anterior, se debe tomar en consideración que la carga de la prueba del nexo de causal se encuentra en cabeza de la parte Demandante. De esta forma, si ellos no acreditaron 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 que la carga de la prueba del nexo causal está en cabeza de la parte Demandante, en el evento en que este no logre acreditar el nexo causal se deberán denegar las pretensiones de la demanda. Lo que efectivamente ocurrió en el proceso bajo estudio, como quiera que no existe prueba conducente, pertinente y útil que permita establecer que existe nexo de causalidad entre el fallecimiento de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y la atención que prestó el CPO. Todo lo contrario, lo que sí se encuentra demostrado es que la atención médica prestada por el CPO fue diligente, oportuna y acorde a los más altos estándares de calidad, quedando en claro la debida diligencia en la prestación del servicio.

¹⁴ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 30 noviembre de 2011, Radicado: 76001-3103- 002-1999-01502-01, MP: Arturo Solarte Rodríguez.

En conclusión, es menester señalar que para configurarse los elementos de la responsabilidad civil es necesario que concurren los siguientes elementos: i) hecho generador, ii) daño y iii) nexo de causalidad entre el fallecimiento de la paciente y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación. Sin embargo, verificados los elementos probatorios que obran dentro del expediente, no se logra establecer que se reúnan los elementos de la responsabilidad civil dentro del presente asunto, por cuanto no existe nexo de causalidad entre la atención médica brindada por el CPO y el fallecimiento de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.). Además, es menester señalar que la existencia del nexo causal no se presume. Lo que cobra fundamental relevancia cuando en el caso concreto no se aportó una sola prueba que demuestre el nexo, lo que por sustracción de materia genera que las pretensiones deban ser denegadas.

3. INEXISTENCIA DE UN DAÑO INDEMNIZABLE POR LA CONFIGURACIÓN DE UN RIESGO INHERENTE AL ACTO MÉDICO.

Sin perjuicio de lo referido en la excepción inmediatamente anterior, debe tenerse en consideración que en el caso de marras se debe tener en cuenta que no se le puede endilgar responsabilidad alguna al Centro Policlínico del Olaya como quiera que se configuró un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico denominado Colangiografía Endoscópica Retrograda CPRE. Mismo que oportunamente fue puesto en conocimiento de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), quien aceptó expresamente la realización del procedimiento a pesar de las complicaciones inherentes que podrían generarse. En efecto, la Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado acerca de la inexistencia de responsabilidad de una institución prestadora de servicios de salud en caso de un riesgo inherente:

“DAÑO INDEMNIZABLE-Cuando se materializa un riesgo inherente al acto médico, el daño no tiene carácter indemnizable al no preceder de un comportamiento culposo. *Estudio en proceso de responsabilidad médica contractual contra médico de confianza, como consecuencia de perforación en el intestino causada a paciente durante la práctica de cirugía de extracción de vesícula. (SC7110-2017; 24/05/2017)”¹⁵* (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Posición que ha sido reiterada por en Honorable Consejo de Estado que ha sostenido lo siguiente:

*(...) Por otra parte, al hacerse usuario de la atención médica, el paciente adquiere el derecho a recibir el mejor tratamiento posible. **Cuando media consentimiento, ello comporta, en principio, la asunción de los riesgos inherentes al tratamiento, dentro de los cuales se encuentran el fracaso terapéutico y ciertos efectos secundarios adversos y a la vez exime de la carga de soportar las consecuencias***

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. M.P Luis Armando Tolosa Villabona, radicación 2006-00234.

de la privación del tratamiento, así como la prestación del mismo por debajo de los estándares de la *lex artis*. Estos efectos, que escapan de la órbita de lo que el paciente está llamado a soportar incluyen tanto la progresión de una condición patológica curable, en el caso concreto como la aparición de nuevas patologías o secuelas.¹⁶ (...) (Subrayado y negrita fuera del texto original)

En otra providencia en la cual se estudió un caso con fundamentos de hecho similares a los que hoy se discuten, el Consejo de Estado estableció que:

(...) 47. **La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia según el consentimiento informado o autorización para laparoscopia, firmado por la señora Ana del Pilar Quiroz Díaz, es “un procedimiento ambulatorio (en la mayoría de los casos salen de la clínica el mismo día): puede sentir un poco de dolor en el abdomen y en los hombros, que cede con analgésicos comunes, acetaminofén dipirona, etc.) requiere de reposo en cama por uno o dos días y se recomienda asistir al control en los siguientes ocho días”.**

48. Ahora bien, el consentimiento informado se define como “... la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica”. Es entonces, una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, previo a la explicación del procedimiento, y los riesgos y beneficios del mismo.

49. En el caso concreto, la señora Ana del Pilar Quiroz Díaz fue informada de los riesgos de la intervención, como “lesión de vasos arteriales o venosos (que provocan hemorragias) lesiones intestinales, lesiones de otros órganos intraabdominales, etc., que requieran explorar el abdomen mediante una laparotomía y necesiten el consenso de otros especialistas” y, **se acreditó que la perforación rectal presentada durante el procedimiento de histerectomía laparoscópica, era una complicación posible y, la no detección de la perforación y/o su diagnóstico posterior es usual en un procedimiento de este tipo.**

(...)

Hasta este punto se puede concluir que, la perforación en el recto sufrida en el procedimiento quirúrgico era un riesgo inherente al procedimiento, que se ubicaba dentro de los riesgos advertidos a la

¹⁶ Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23- 26- 000-1995-00964-01(21774), sentencia del veintinueve (29) de septiembre de dos mil quince (2015)

paciente, y aceptados por ella.¹⁷(...) (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Conforme a las sentencias anteriormente referenciadas y aterrizando la teoría al caso de marras, se debe poner en conocimiento del Despacho que si se llegase a demostrar sin estarlo actualmente, que en la intervención denominada Colangiografía Endoscópica Retrograda CPRE se perforó algún órgano interno de la paciente y que ello fue la causa del deceso. De todas maneras, no puede endilgarse responsabilidad al CPO, pues en ese evento nos encontraríamos ante la configuración de un riesgo inherente que la propia paciente conoció y consintió con antelación a la intervención. Por lo cual no podrá condenarse al CPO al reconocimiento y pago de las pretensiones formuladas en el escrito de demanda, como quiera que no existirá responsabilidad como consecuencia de la realización de un riesgo inherente al servicio. En efecto, el consentimiento informado para la intervención que conoció y firmó la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) fue el siguiente.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

C.F. S.A. N.º 00101040-4
Bogotá, D.C.

RC-0847 / Versión 1 - 22 de julio de 2009

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente. Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará.

1. El procedimiento quirúrgico que se le practicará al paciente es CPRE

que consiste en Exploración endoscópica de las vías biliares

2. La indicación del procedimiento quirúrgico es Coludocolitiasis biliar

y doy fe que se me han explicado otras posibles opciones y en acuerdo con el médico decidimos esta intervención.

3. El procedimiento requiere anestesia, que será realizada por el servicio de anestesia.

4. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, obesidad, alergias, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas.

5. Las complicaciones de esta intervención son:

- Hemorragias intra o postoperatorias (con la posible necesidad de transfusión).
- Infecciones de la herida o profundas del sitio quirúrgico (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- Lesiones de órganos vecinos
- Hematomas (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).
- Otras específicas de este procedimiento:

Pancreatitis, perforación, hemorragia, colangitis, muerte

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales, o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo, el doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin

¹⁷ Consejo de Estado Consejero ponente: Alberto Montaña Plata, Radicación: 25000-23-26-000-2005-01794- 01 (40916), sentencia del 10 de abril de 2019

necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento)
eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo e
alcance y los riesgos explicados, en tales condiciones **ACEPTO** que se me realice e
procedimiento quirúrgico propuesto.

CONSENTIMIENTO

Yo, María Lubiela Gómez Beltrán número de identificación
72672294 doy mi consentimiento para que me sea realizado el procedimiento CPRE. Se me
ha facilitado esta hoja informativa habiendo comprendido el significado del procedimiento y los
riesgos inherentes al mismo y declaro estar informado (a).

Fecha 19-09-2016 Hora _____

Rubén Gómez
FIRMA DEL PACIENTE
No. Doc. 24 678729

FIRMA TESTIGO
No. Doc. _____

COLEO
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
No. Doc. 7229319

DENEGACIÓN PARA LA CIRUGIA

Yo, _____ número de identificación
_____, habiendo sido informado (a) de la naturaleza y riesgos del
procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su
realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta
decisión.

Fecha _____ Hora _____

FIRMA DEL PACIENTE
No. Doc. _____

FIRMA TESTIGO
No. Doc. _____

Transcripción de la parte esencial: Consentimiento informado CPRE 5.
Las complicaciones de esta intervención son:
** Lesiones en los órganos vecinos Pancreatitis, Perforación, **muerte**.*

Como se observa en el Consentimiento Informado firmado por la paciente con antelación a su intervención, fue puesto en conocimiento que una de las complicaciones de esta intervención era la perforación, afectación de órganos vecinos o incluso la muerte. Por lo que aún conociendo los riesgos inherentes la señora Gómez (Q.E.P.D.) consintió y determinó que si se iba a someter al procedimiento CPRE. Para complementar lo anterior, a continuación se expondrán las complicaciones que la ciencia médica ha determinado que se pueden generar a raíz de la intervención quirúrgica denominada Colangiografía Endoscópica Retrograda CPRE.

(...) Las cuatro complicaciones típicas de la CPRE son la pancreatitis aguda, la hemorragia postesfinterotomía, la sepsis de origen biliar (colangitis y colecistitis) y la perforación, tanto del área papilar, por la esfinterotomía, como del duodeno por el endoscopio o las prótesis biliares. En nuestro estudio, hemos encontrado un 5,5% de pancreatitis, 1,6% de hemorragias, 1,4% de perforaciones bilioduodenales y un 1,6% de sepsis biliares. Estas cifras son también equiparables a las de otros estudios¹⁸(...)

En el mismo sentido, otro estudio respecto a los riesgos inherentes del CPRE se dijo lo siguiente:

¹⁸ https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082004000300002&script=sci_arttext&tlng=es

Desde el año 1991 existen unos criterios de consenso para definir las complicaciones típicas de la CPRE que ayuden a una identificación y manejo correcto¹². Tabla 1.

Tabla 1

Definición de consenso y severidad de las complicaciones típicas de la CPRE.

	Leve	Moderada	Grave
Hemorragia	Hematemesis o melenas, caída de la Hb > 2gr/dl, no necesidad de transfusión	Transfusión (4 unidades o menos), no necesidad de tratamiento angiográfico o quirúrgico	Transfusión (5 unidades o más), necesidad de tratamiento angiográfico o quirúrgico
Perforación	Posible perforación ó escasa fuga de contraste (o colección pequeña), tratable con hidratación, dieta absoluta y antibióticos 3 días o menos	Perforación confirmada con RX, tratada médicamente 4-10 días	Tratamiento médico durante mas de 10 días o necesidad de intervención (drenaje radiológico o cirugía)
Pancreatitis	Dolor típico con elevación de la amilasemia al menos 3 veces el valor normal 24 horas post-CPRE. Requiere ingreso menor de 3 días	Pancreatitis que requiere ingreso hospitalario 4-10 días	Pancreatitis que requiere hospitalización > 10 días, existencia de complicaciones locales o necesidad de intervención
Infección	Fiebre > 38°C durante > 24-48 h	Fiebre o sepsis que requiere > 3 días de ingreso hospitalario, tratamiento endoscópico o percutáneo	Presencia de shock séptico o necesidad de tratamiento quirúrgico

17

19

Como se observa, la literatura médica ha sido pacífica en determinar que las perforaciones y la pancreatitis son un riesgo inherente a la realización del procedimiento Colangiografía Endoscópica Retrograda CPRE. Así las cosas, como lo han determinado los estudios clínicos, la afectación sufrida por la señora Gómez (Q.E.P.D.), es decir, la perforación y la pancreatitis son un riesgo inherente a la intervención que le fue practicada. Además, no se puede pasar por alto que en el momento oportuno y de manera las mismas clara fueron puestas en conocimiento por medio del consentimiento informado que la misma causante firmó de manera libre y espontánea, aceptando que conocía de las posibles complicaciones y aun así decidía realizar el tratamiento quirúrgico.

En ese orden de cosas, el consentimiento informado ha sido definido como “un acto de la voluntad subsiguiente a un acto de la razón, o lo que es lo mismo, que el consentimiento presupone el conocimiento. De ello se sigue que nadie consiente en aquello que no conoce”²⁰. Adicionalmente, el documento debe cumplir una serie de especificaciones entre las cuales se destaca que es el “profesional médico a quien corresponde informar, en términos claros y precisos, al paciente de la naturaleza y los riesgos de los procedimientos a los que se habrá de someter, así como de las probabilidades de ocurrencia de los mismos”²¹, situación que como se expondrá enseguida fue cumplida a cabalidad.

Por lo tanto, tal y como se demostró, toda la información previa al procedimiento fue presentada de forma clara, conocida ampliamente por la paciente, a través del consentimiento informado que firmó con anterioridad a la cirugía. En efecto, se puede apreciar del documento que efectivamente la señora Gómez (Q.E.P.D.), conoció de las posibles complicaciones de su intervención, entre las que se encontraba la perforación, la pancreatitis y la lesión a un órgano vecino y aun así aceptó la realización del procedimiento. Sin embargo, se encuentra demostrado que la información suministrada fue oportuna, clara y precisa en cuanto a las complicaciones que se podían presentar a raíz de la intervención, prueba de esto es el consentimiento informado que contiene información clara, precisa y muy corta para que sea comprendida por toda clase de personas.

¹⁹ Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (cpre). Identificación, prevención y manejo

²⁰ Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23-26-000-1996-12661-01(27493), sentencia del doce (12) de diciembre de dos mil trece (2013)

²¹ Consejo de Estado, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Radicación número: 25000-23-26-000-1996-12661-01(27493), sentencia del doce (12) de diciembre de dos mil trece (2013)

En concordancia, es preciso traer a colación lo dispuesto en la ley 23 de 1981 en la cual se establecieron normas en materia de ética médica y que se resalta lo siguiente:

(...) ARTICULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente. ARTICULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados. (...)

Por lo tanto, el actuar en la prestación de los servicios y durante toda la atención de la señora Gómez (Q.E.P.D.), se realizó en apego de las normas, de forma oportuna, clara y diligente al informarle de las potenciales complicaciones que podía tener la CPRE. Por lo tanto, no puede el Despacho llegar a otra conclusión que toda la atención prestada en el CPO se encuentra ajustada a los parámetros exigidos y si bien pudo haberse producido un daño en el curso de la intervención, este evento era un riesgo propio que en su momento fue puesto en conocimiento de la señora Gómez (Q.E.P.D.) y ella misma de manera libre y espontánea aceptó. Lo que por sustracción de materia, conlleva a la exoneración de responsabilidad de los aquí demandados.

En conclusión, ha sido pacífica la jurisprudencia en determinar la inexistencia de la falla en el servicio cuando los hechos son generados por un riesgo inherente a la actividad médica realizada, siempre y cuando con anterioridad al procedimiento hayan sido puestos en conocimiento de la persona y está de forma libre decidida continuar con el procedimiento. Lo anterior se encuentra debidamente demostrado toda vez que como se probó anteriormente, a la señora Gómez (Q.E.P.D.), se le informaron los riesgos que podía tener la CPRE y aun así decidió realizar el procedimiento. Entre los riesgos de este tipo de intervenciones la literatura médica ha determinado que se encuentra la perforación, la pancreatitis y la afectación a órganos adyacentes, que una vez más se encuentran advertidos en el consentimiento informado que firmó la señora Gómez (Q.E.P.D.). Por lo anterior, no puede configurarse la responsabilidad del CPO, como quiera que lo alegado por el extremo actor sí se llegase a demostrar que fue así, constituye un riesgo inherente a la intervención quirúrgica practicada y por tal razón no constituye un daño indemnizable.

Por lo anterior, ruego se declare probada esta excepción.

4. FALTA ABSOLUTA LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DEL SEÑOR NÉSTOR ALBILIO CANTOR

La legitimación en la causa es el primer presupuesto que se debe revisar antes de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto. En un sentido material, la legitimación en la causa

implica la relación verdadera que tiene la parte convocante con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado que:

*“(...) **la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio**, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)”²². (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Ahora bien, la legitimación en la causa puede ser activa o pasiva, y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

*“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-**, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. **Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones**, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)”²³ (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

²² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección segunda, subsección A, sentencia del veinticinco (25) de marzo de dos mil diez (2010), Consejero Ponente Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado: 05001-23-31-000-2000-02571- 01(1275-08).

²³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...).”²⁴.

Es más, en el mismo sentido que el Consejo de Estado, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de las mismas con el interés sustancial que se discute en el proceso. Al respecto, el tenor literal de la sentencia expuso:

*“2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. **En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso.** Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.”²⁵*
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Con todo, se puede concluir que si no existe una relación de la parte demandante con los hechos de la demanda, no habrá legitimación en la causa y el juzgador no podrá proferir una sentencia que acceda a las pretensiones. Ahora bien, para demostrar la falta absoluta de legitimación en la causa por activa del señor Néstor Albilio Cantor en el caso concreto. Esto de conformidad a que en el proceso no existe prueba conducente, pertinente y útil por medio de la cual se demuestre que este haya sido el compañero permanente de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.).

En conclusión, teniendo en cuenta que no existe prueba si quiera sumaria que de cuenta de la relación que supuestamente tuvo el señor Cantor con la señora Gómez (Q.E.P.D.), ni mucho menos que la presunta relación cumpla los requisitos para que sea declarada como una unión libre. A partir de esto, teniendo en cuenta la carencia de elementos de prueba ruego al Honorable Despacho tener por probada esta excepción y de esta forma declarar probada la falta de legitimación en la causa por activa del señor Néstor Albilio Cantor, pues no existe prueba que de cuenta que haya sido el compañero permanente de la víctima. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

5. IMPROCEDENCIA DE LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE 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,

²⁴ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P Maria Elena Giraldo, Rad: 10973

²⁵ Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Renteria.

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. En otras palabras, 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 (...)”²⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

²⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de junio de 2018. Expediente SC 2107-2018.

(...)

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.²⁷
(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 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 dejados de percibir.

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 se 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

²⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 24 de junio de 2008. Radicado 2000-01121-01.

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.²⁸ (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. Aterrizando al caso de autos, debe manifestarse que los Demandantes solicitan el reconocimiento de lucro cesante sin aportar ningún medio de prueba que demuestre el ingreso que recibía la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y tampoco su actividad económica. Evento que no permite el reconocimiento de ningún valor por esta tipología de perjuicio, en la medida que como se indicó, bajo ninguna circunstancia se presume el ingreso de una persona. Todo lo contrario, toda indemnización que se pretenda deberá estar sustentada por medios de prueba que permitan al Juez determinar la veracidad de la causación de cualquier perjuicio. Adicionalmente a que no existe prueba del ingreso percibido por la víctima y mucho menos se demuestra la actividad económica ejercida por este al momento de los hechos. Por estas razones es que el Despacho no tiene otra salida que negar las pretensiones de la demanda.

Ahora bien, no solo con lo anteriormente esbozado se prueba que el lucro cesante no debe ser reconocido en el caso concreto. Sino que ahora es necesario tomar en consideración que también ha sido pacífica la jurisprudencia en establecer que se requiere la prueba de la dependencia económica de quienes solicitan tal perjuicio. En tal virtud, el compañero permanente de la víctima debía demostrar la dependencia económica respecto de la

²⁸ Consejo de Estado en la Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019 proferida por la Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano

causante. En ese sentido se ha pronunciado la Honorable Corte Suprema de Justicia en los siguientes términos.

*“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**; pero igualmente es viable su reconocimiento a quienes, a pesar de contar con ingresos propios, percibían de ella asistencia económica habitual, y en tal evento, igualmente al respectivo beneficiario le incumbe demostrar esa condición.²⁹” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Posición reiterada en los siguientes términos:

“(…) De ahí que, de conformidad con el reciente criterio de unificación sobre la materia, no puede presumirse que por la pérdida de un hijo, de quien no se probó que tuviera descendencia o su propio hogar, automáticamente, su madre sufriera un menoscabo cierto de sus ingresos. Como consecuencia, de acuerdo con el estándar jurisprudencial actualmente aplicable, se confirmará la negativa de dicha indemnización, en virtud de que no se demostró la dependencia económica o su imposibilidad para atender su propia manutención.³⁰”

Como lo ha establecido la Corte Suprema, es requisito del compañero permanente probar que dependía económicamente de la persona fallecida, para de esta forma poder tener derecho al reconocimiento y pago del lucro cesante. Situación que no ocurrió, como quiera que el compañero permanente de la occisa solo se limitó a elevar una solicitud de perjuicios sin arrimar al proceso pruebas conducentes, pertinente y útiles que demostraran la dependencia económica de él con la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.). Escenario que no permite otra salida más que desestimar la solicitud elevada por los Demandantes.

De otro lado y sin reconocer responsabilidad alguna, en el Hipotético y remoto evento en el que se acredite que sí hay lugar al lucro, el Despacho de todas maneras se deberá tener en cuenta que en casos de fallecimiento se debe descontar un 25% de la indemnización. Dinero que el fallecido destina para gastos personales, tal y como lo ha indicado las altas cortes en reiteradas oportunidades.

*(…) Para evidenciar la reducción de la condena, se adoptará el mismo salario base de la aludida liquidación, que fue estimado por el experto para el citado año (2004) en la suma anual de \$15.020.979.00 (equivalente a \$1.256.748,25 mensuales), **monto del que deberá restarse el 25%, porcentaje que dicho auxiliar fijó para los gastos***

²⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC 15996-2016. Noviembre 29 de 2016

³⁰ Consejo de Estado, Sentencia del once (11) de octubre de dos mil dieciocho (2018) Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO Radicación número: 68001-23-31-000-2000-00236-01(46657)

personales del causante (\$314.187.06), obteniéndose un total mensual de \$942.561,19, que repartido entre los tres hijos arroja para cada uno la cantidad de \$314.187,06 (mes), equivalente a \$10.472,90 diarios ($\$314.187.06 / 30 = \$10.472.90$)³¹(...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otra sentencia se indicó lo siguiente:

(...) Al valor anterior se resta un 25%, correspondiente a lo que el señor Luis Carlos Arias destinaría para sus gastos personales.³² (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ante este último remoto e hipotético caso en el cual el despacho estime el reconocimiento del lucro cesante deprecado, el Despacho no podría pasar por alto la disminución del lucro cesante solicitado en un 25%, monto que como lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia, se encontraba destinado para los gastos personales del causante.

En conclusión, al no haberse aportado prueba que permita acreditar los ingresos que presuntamente recibía la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.), así como tampoco su actividad económica y la dependencia económica del compañero permanente respecto de la víctima. El Honorable Juzgado con base en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado, no tendrá otra salida que desestimar la pretensión elevada por la parte actora. En efecto, estas situaciones sin lugar a dudas permiten establecer que no resulta procedente la pretensión impetrada en el libelo genitor, según la cual debe reconocerse y pagarse en favor de la parte actora sumas de dinero por concepto de lucro cesante, las cuales como se expresó en líneas anteriores, carecen de material probatorio que las sustente.

6. IMPROCEDENCIA DE RECONOCIMIENTO Y TASACIÓN EXORBITANTE DE DAÑOS MORALES.

Sea lo primero indicar que los perjuicios extrapatrimoniales por concepto de daño moral que pretende el 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 y como quiera que en este caso no existe tal responsabilidad, claramente no hay lugar a su reconocimiento. Adicionalmente, no puede pasarse por alto que la tasación propuesta por la parte actora para su reconocimiento es exorbitante y en tal virtud, no puede ser tenida en cuenta por el Despacho.

La Corte Suprema de Justicia a través de sus múltiples pronunciamientos ha dejado decantados los límites máximos de reconocimiento de perjuicios, como lo es en el caso del daño moral. En tal sentido, es importante señalar que los perjuicios morales solicitados por

³¹ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, Sentencia del once (11) de septiembre de dos mil trece (2013) Magistrado Ponente: ARTURO SOLARTE RODRÍGUEZ, Radicado 23001-3103-004-2001-00096-01

³² Consejo de Estado, Sentencia del veintinueve (29) de noviembre de dos mil diecinueve (2019) Consejero ponente: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS Radicación número: 05001-23-31-000-2002-02333-01(46780)

la parte demandante resultan equivocados y exorbitantes. Puesto que, siguiendo con los lineamientos jurisprudenciales establecidos por la Sala de Casación Civil, la tasación de los pretendidos perjuicios se ha fijado en tope indemnizatorio máximo de \$60.000.000 para los familiares en primer grado de consanguinidad y afinidad, tal y como se muestra a continuación:

*“Atendiendo las pautas jurisprudenciales establecidas por esta Corporación de cara a las trágicas e inesperadas circunstancias en que aconteció la muerte del señor Ramírez Zuluaga, se fija en la suma de **sesenta millones de pesos (\$60.000.000)** el monto de los perjuicios morales que deberán ser resarcidos a la demandante en su calidad de compañero permanente de la víctima”³³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Según la jurisprudencia citada, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte demandante. Pues en primer lugar, solicitar 100 SMLMV para el supuesto compañero permanente y cada uno de los hijos de la causante resulta exorbitante, puesto que el tope fijado por la Jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia corresponde a \$60.000.000 en los casos de fallecimiento de familiares de primer grado. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

Por tanto, corresponderá al arbitrio del juez determinar el valor del daño moral, en consonancia con los elementos probatorios que reposan en el expediente. Partiendo siempre de la base que el reconocimiento de perjuicios morales para los familiares en primer grado de consanguinidad y primero de afinidad tiene como límite la suma de \$60.000.000. Por lo que resulta evidente que el monto de 100 SMLMV pretendidos para familiares de primer grado de la fallecida resulta claramente exorbitante. Más aún, si se tiene en cuenta que la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil no reconoce en ningún evento esta suma.

En conclusión, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es exorbitante. Lo cual torna improcedente cualquier condena por este valor, toda vez que según lo indicado hasta el momento, sobrepasa los límites indemnizatorios reconocidos por parte de la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil. Lo anterior, por cuanto el 07 de marzo de 2019, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, estableció que en los casos más graves como es el fallecimiento de un familiar cercano, el monto máximo indemnizatorio para los familiares en primer grado de consanguinidad y afinidad corresponde a la suma de \$60.000.000. En consecuencia, el rubro pretendido por loa demandantes debe ser desestimado, en tanto desconoce el límite máximo indemnizatorio, además lo cual, se reitera no se encuentra probada la relación afectivo filial de la cual se desprenda el fundamento para su reconocimiento.

³³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Radicado Rad: 05001 31 03 016 2009-00005-01. Marzo 7 de 2019

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. IMPROCEDENCIA DEL DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN

Es menester resaltar que es improcedente la solicitud del daño a la vida de relación. Lo anterior, debido a que la introducción de esta clase de perjuicio en la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Civil, se fundamentó en el análisis efectuado por el Consejo de Estado a esta categoría de daño, siendo únicamente reconocido a la víctima directa, cuando era contemplado como tal en la Jurisdicción Contencioso Administrativa. Lo anterior, tal como se colige de las argumentaciones dadas por la Corte Suprema de Justicia:

“Para precisar el significado de esta noción, en el mismo fallo se partió de la jurisprudencia elaborada por el Consejo de Estado sobre esta clase de daño, y en tal sentido se puntualizó cómo éste “no consiste en la lesión en sí misma, sino en las consecuencias que, en razón de ella, se producen en la vida de relación de quien la sufre...”. De igual modo se aclaró, con apoyo en la doctrina, que “el daño a la vida de relación es conceptualmente distinguible del patrimonial y del daño a la salud, y puede coincidir con uno u otro, o presentarse cuando ambos están ausentes”³⁴.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia ratificó la posición del Consejo de Estado, reiterando que era un concepto únicamente reconocido a la víctima directa del evento que daba origen a la controversia, tal y como se observa a continuación

“b) Daño a la vida de relación:

Este rubro se concede únicamente a la víctima directa del menoscabo a la integridad psicofísica como medida de compensación por la pérdida del bien superior a la salud, que le impedirá tener una vida de relación en condiciones normales”³⁵.

Es por ello que resulta completamente improcedente la solicitud de reconocimiento de una indemnización por concepto de daño en vida en relación para los familiares de la víctima. Como quiera que esta tipología de perjuicio desde su génesis fue creada únicamente para la víctima directa y como en este caso lamentablemente falleció, cualquier solicitud indemnizatoria por esta tipología de perjuicio es completamente improcedente al tenor de los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil.

³⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 29/03/2017, MP: Ariel Salazar Ramirez, Rad: 11001-31-03-039- 2011-00108-01

³⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 29/03/2017, MP: Ariel Salazar Ramirez, Rad: 11001-31-03-039-2011-00108-01

En conclusión, es inviable el reconocimiento del daño a la vida en relación en la medida que quienes solicitan una indemnización son los familiares de la víctima. En tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por este concepto, pues al haber fallecido la víctima, este tipo de perjuicio no puede ser reconocido a un tercero. Lo anterior, al tenor de la génesis de esta tipología de perjuicio que fue creado para la víctima directa. Misma posición que ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en la que se dejó en claro que este rubro se reconoce únicamente en favor de la víctima directa. Con base en todo lo anterior, el Juzgado no podrá reconocer una indemnización para esta tipología de perjuicio que como se indicó no es procedente para personas diferentes a la víctima directa.

Por lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

8. GENÉRICA O INNOMINADA

Finalmente propongo como excepción genérica, cualquier circunstancia que llegare a ser probada a lo largo del presente proceso y que constituya un acontecimiento de hecho que pueda ser interpretado como exculpatario de las pretensiones reclamadas por la demandante.

CAPÍTULO II **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO 1: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 2: Es cierta la existencia del contrato de seguro No 021976183. Sin embargo, este contrato no se puede hacer efectivo debido a que en el caso que nos ocupa han transcurrido casi de cuatro años desde que se realizó la reclamación que se realizó al asegurado, mismo momento en que el CPO tuvo conocimiento del hecho base que da base a la acción en contra de mi representada. En tal virtud, teniendo en cuenta que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, la reclamación tuvo lugar el día en que se realizó la audiencia de conciliación el 18 de noviembre de 2016, momento desde el cual inició la contabilización del término bienal para la configuración de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro. Por lo tanto, para el año 2020, momento en que se radicó el llamamiento en garantía, la acción derivada del contrato de seguro ya se encontraba totalmente prescrita. Es evidente que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por cuanto para el momento en que se radicó el llamamiento en garantía ya había transcurrido un lapso superior a los dos años previstos en los artículos 1081 y 1131 del C.Co.

En conclusión, al haber operado en el presente caso el fenómeno prescriptivo de que tratan los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por cuanto en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que se realizó la reclamación extrajudicial al Centro Policlínico del Olaya (30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, el 18 de noviembre de 2016) y el momento en que se radicó el llamamiento en garantía (año 2020). No existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del llamante en garantía en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto es claro que el término prescriptivo feneció con creces, por cuanto transcurrieron más de dos años desde la reclamación extrajudicial, momento para el cual el CPO conoció del hecho que da base a la acción en contra de mi procurada.

De otro lado, teniendo en cuenta la vigencia de la Póliza Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Hospitales No. 021976183/0 con un periodo de vigencia comprendido entre el 31 de agosto de 2016 y el 30 de agosto de 2017, por lo que, en el proceso al encontrarse probado que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016, momento para el cual no se encontraba vigente el contrato, no existe duda que la póliza no presta cobertura temporal para los hechos que se discuten en el proceso. Lo anterior debido a que el contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de cobertura Claims Made y por lo tanto la póliza solo cubre eventos **RECLAMADOS** durante la vigencia de la póliza.

Por último, ruego al Despacho tener por cierto que cuando se contrató la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional y Clínicas **021976183/0**, la solicitud de indemnización presentadas por los hoy demandantes de fecha 30 de agosto de 2016, ya no era un riesgo de carácter asegurable, sino que era hechos ciertos por cuanto acaecieron con anterioridad a la suscripción de la póliza y por lo tanto son elementos extraños al contrato.

En consecuencia y reiterando lo que se ha venido explicando, se debe recordar que en el contrato de seguro se amparan hechos futuros e inciertos, lo que por sustracción de materia implica, que no es viable asegurar hechos pretéritos y por tanto ciertos que se hayan generado con antelación a la suscripción del contrato de seguro. Pues si dicha circunstancia fuera factible, se estaría transgrediendo del carácter aleatorio de este tipo de convenios. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1054 del Código de Comercio el cual consagra que los hechos ciertos no constituyen un riesgo y son por lo tanto extraños al contrato de seguro. En ese orden de ideas, no resulta jurídicamente admisible reclamar prestación alguna derivada de la póliza **021976183/0** respecto de la petición extrajudicial formulada por los demandantes. Lo anterior, como quiera que la Compañía de Seguros no puede verse obligada a pagar emolumento alguno por un hecho cierto, al contravenir esto el carácter aleatorio y esencial del aseguramiento.

FRENTE AL HECHO 3: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 4: No le constan a mí representada los hechos esgrimidos por la parte Demandante en el presente numeral, por cuanto son completamente ajenos a ella. Por lo tanto, le corresponde a la parte actora probar sus dichos a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 5: Es cierta la existencia del contrato de seguro No 021976183. Sin embargo, este contrato no se puede hacer efectivo debido a que en el caso que nos ocupa han transcurrido casi de cuatro años desde que se realizó la reclamación que se realizó al asegurado, mismo momento en que el CPO tuvo conocimiento del hecho base que da base a la acción en contra de mi representada. En tal virtud, teniendo en cuenta que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, la reclamación tuvo lugar el día en que se realizó la audiencia de conciliación el 18 de noviembre de 2016, momento desde el cual inició la contabilización del término bienal para la configuración de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro. Por lo tanto, para el año 2020, momento en que se radicó el llamamiento en garantía, la acción derivada del contrato de seguro ya se encontraba totalmente prescrita. Es evidente que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por cuanto para el momento en que se radicó el llamamiento en garantía ya había transcurrido un lapso superior a los dos años previstos en los artículos 1081 y 1131 del C.Co.

En conclusión, al haber operado en el presente caso el fenómeno prescriptivo de que tratan los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por cuanto en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que se realizó la reclamación extrajudicial al Centro Policlínico del Olaya (30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, el 18 de noviembre de 2016) y el momento en que se radicó el llamamiento en garantía (año 2020). No existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del llamante en garantía en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto es claro que el término prescriptivo feneció con creces, por cuanto transcurrieron más de dos años desde la reclamación extrajudicial, momento para el cual el CPO conoció del hecho que da base a la acción en contra de mi procurada.

De otro lado, teniendo en cuenta la vigencia de la Póliza Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Hospitales No. 021976183/0 con un periodo de vigencia comprendido entre el 31 de agosto de 2016 y el 30 de agosto de 2017, por lo que, en el proceso al encontrarse probado que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016, momento para el cual no se encontraba vigente el contrato, no existe duda que la póliza no presta cobertura temporal para los hechos que se discuten en el proceso. Lo anterior debido a que el contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de cobertura Claims Made y por lo tanto la póliza solo cubre eventos **RECLAMADOS** durante la vigencia de la póliza.

Por último, ruego al Despacho tener por cierto que cuando se contrató la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional y Clínicas 021976183/0, la solicitud de indemnización presentadas por los hoy demandantes de fecha 30 de agosto de 2016, ya no era un riesgo

de carácter asegurable, sino que era hechos ciertos por cuanto acaecieron con anterioridad a la suscripción de la póliza y por lo tanto son elementos extraños al contrato.

En consecuencia y reiterando lo que se ha venido explicando, se debe recordar que en el contrato de seguro se amparan hechos futuros e inciertos, lo que por sustracción de materia implica, que no es viable asegurar hechos pretéritos y por tanto ciertos que se hayan generado con antelación a la suscripción del contrato de seguro. Pues si dicha circunstancia fuera factible, se estaría transgrediendo del carácter aleatorio de este tipo de convenios. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1054 del Código de Comercio el cual consagra que los hechos ciertos no constituyen un riesgo y son por lo tanto extraños al contrato de seguro. En ese orden de ideas, no resulta jurídicamente admisible reclamar prestación alguna derivada de la póliza 021976183/0 respecto de la petición extrajudicial formulada por los demandantes. Lo anterior, como quiera que la Compañía de Seguros no puede verse obligada a pagar emolumento alguno por un hecho cierto, al contravenir esto el carácter aleatorio y esencial del aseguramiento.

OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la llamante en garantía, por cuanto no se vislumbran los elementos sine qua non para declarar la afectación de la póliza de seguro. Lo anterior, toda vez que, **i)** la acción derivada del contrato de seguro prescribió **ii)** falta de cobertura temporal del contrato de seguro expedido por mi procurada, **(iii)** se configuró un hecho cierto como riesgo inasegurable y **(iv)** no se realizó el riesgo asegurado.

Oposición frente a la pretensión PRIMERA: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que:

PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO: en el caso que nos ocupa han transcurrido casi de cuatro años desde que se realizó la reclamación que se realizó al asegurado, mismo momento en que el CPO tuvo conocimiento del hecho base que da base a la acción en contra de mi representada. En tal virtud, teniendo en cuenta que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, la reclamación tuvo lugar el día en que se realizó la audiencia de conciliación el 18 de noviembre de 2016, momento desde el cual inició la contabilización del término bienal para la configuración de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro. Por lo tanto, para el año 2020, momento en que se radicó el llamamiento en garantía, la acción derivada del contrato de seguro ya se encontraba totalmente prescrita. Es evidente que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por cuanto para el momento en que se radicó el llamamiento en garantía ya había transcurrido un lapso superior a los dos años previstos en los artículos 1081 y 1131 del C.Co.

En conclusión, al haber operado en el presente caso el fenómeno prescriptivo de que tratan los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por cuanto en este caso han transcurrido

más de dos años desde la fecha en que se realizó la reclamación extrajudicial al Centro Policlínico del Olaya (30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, el 18 de noviembre de 2016) y el momento en que se radicó el llamamiento en garantía (año 2020). No existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del llamante en garantía en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto es claro que el término prescriptivo feneció con creces, por cuanto transcurrieron más de dos años desde la reclamación extrajudicial, momento para el cual el CPO conoció del hecho que da base a la acción en contra de mi procurada.

FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DEL CONTRATO DE SEGURO INSTRUMENTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES 021976183/0: teniendo en cuenta la vigencia de la Póliza Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Hospitales No. 021976183/0 con un periodo de vigencia comprendido entre el 31 de agosto de 2016 y el 30 de agosto de 2017, por lo que, en el proceso al encontrarse probado que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016, momento para el cual no se encontraba vigente el contrato, no existe duda que la póliza no presta cobertura temporal para los hechos que se discuten en el proceso. Lo anterior debido a que el contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de cobertura Claims Made y por lo tanto la póliza solo cubre eventos **RECLAMADOS** durante la vigencia de la póliza. En consecuencia, el Despacho no tiene otra salida que declara probada esta excepción como consecuencia de la falta de cobertura temporal del contrato.

HECHOS CIERTOS COMO UN RIESGO INASEGURABLE: ruego al Despacho tener por cierto que cuando se contrató la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional y Clínicas **021976183/0**, la solicitud de indemnización presentadas por los hoy demandantes de fecha 30 de agosto de 2016, ya no era un riesgo de carácter asegurables, sino que era hechos ciertos por cuanto acaecieron con anterioridad a la suscripción de la póliza y por lo tanto son elementos extraños al contrato.

En consecuencia y reiterando lo que se ha venido explicando, se debe recordar que en el contrato de seguro se amparan hechos futuros e inciertos, lo que por sustracción de materia implica, que no es viable asegurar hechos pretéritos y por tanto ciertos que se hayan generado con antelación a la suscripción del contrato de seguro. Pues si dicha circunstancia fuera factible, se estaría transgrediendo del carácter aleatorio de este tipo de convenios. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1054 del Código de Comercio el cual consagra que los hechos ciertos no constituyen un riesgo y son por lo tanto extraños al contrato de seguro. En ese orden de ideas, no resulta jurídicamente admisible reclamar prestación alguna derivada de la póliza **021976183/0** respecto de la petición extrajudicial formulada por los demandantes. Lo anterior, como quiera que la Compañía de Seguros no puede verse obligada a pagar emolumento alguno por un hecho cierto, al contravenir esto el carácter aleatorio y esencial del aseguramiento.

NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO: mediante la póliza No 021976183/0 Allianz Seguros S.A. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible al Centro

Policlínico del Olaya cuando este deba indemnizar daños y perjuicios a terceros con ocasión al servicio médico prestado en esta institución. Sin embargo, esto no se ha podido demostrar, en la medida que en el proceso se encuentra acreditado que la atención médica dada por esta institución fue diligente, oportuna y acorde a los más altos estándares de calidad, demostrando con esto la debida diligencia en todo el servicio médico prestado. En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte del CPO. Lo anterior, en tanto es claro que en el presente asunto se encuentra demostrada la debida diligencia en todo el servicio prestado por esta institución. En consecuencia, teniendo en el presente asunto no se ha realizado el riesgo asegurado bajo la póliza de seguro expedida por mi procurada, debido a que en el proceso no existe responsabilidad en cabeza del CPO.

Oposición frente a la pretensión SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que:

PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO: en el caso que nos ocupa han transcurrido casi de cuatro años desde que se realizó la reclamación que se realizó al asegurado, mismo momento en que el CPO tuvo conocimiento del hecho base que da base a la acción en contra de mi representada. En tal virtud, teniendo en cuenta que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, la reclamación tuvo lugar el día en que se realizó la audiencia de conciliación el 18 de noviembre de 2016, momento desde el cual inició la contabilización del término bienal para la configuración de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro. Por lo tanto, para el año 2020, momento en que se radicó el llamamiento en garantía, la acción derivada del contrato de seguro ya se encontraba totalmente prescrita. Es evidente que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por cuanto para el momento en que se radicó el llamamiento en garantía ya había transcurrido un lapso superior a los dos años previstos en los artículos 1081 y 1131 del C.Co.

En conclusión, al haber operado en el presente caso el fenómeno prescriptivo de que tratan los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por cuanto en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que se realizó la reclamación extrajudicial al Centro Policlínico del Olaya (30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, el 18 de noviembre de 2016) y el momento en que se radicó el llamamiento en garantía (año 2020). No existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del llamante en garantía en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto es claro que el término prescriptivo feneció con creces, por cuanto transcurrieron más de dos años desde la reclamación extrajudicial, momento para el cual el CPO conoció del hecho que da base a la acción en contra de mi procurada.

FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DEL CONTRATO DE SEGURO INSTRUMENTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLÍNICAS Y HOSPITALES 021976183/0: teniendo en cuenta la vigencia de la Póliza Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Hospitales No. 021976183/0 con un periodo de vigencia comprendido entre el 31 de agosto de 2016 y el 30 de agosto de 2017, por lo que, en el proceso al encontrarse probado que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016, momento para el cual no se encontraba vigente el contrato, no existe duda que la póliza no presta cobertura temporal para los hechos que se discuten en el proceso. Lo anterior debido a que el contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de cobertura Claims Made y por lo tanto la póliza solo cubre eventos **RECLAMADOS** durante la vigencia de la póliza. En consecuencia, el Despacho no tiene otra salida que declara probada esta excepción como consecuencia de la falta de cobertura temporal del contrato.

HECHOS CIERTOS COMO UN RIESGO INASEGURABLE: ruego al Despacho tener por cierto que cuando se contrató la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional y Clínicas **021976183/0**, la solicitud de indemnización presentadas por los hoy demandantes de fecha 30 de agosto de 2016, ya no era un riesgo de carácter asegurables, sino que era hechos ciertos por cuanto acaecieron con anterioridad a la suscripción de la póliza y por lo tanto son elementos extraños al contrato.

En consecuencia y reiterando lo que se ha venido explicando, se debe recordar que en el contrato de seguro se amparan hechos futuros e inciertos, lo que por sustracción de materia implica, que no es viable asegurar hechos pretéritos y por tanto ciertos que se hayan generado con antelación a la suscripción del contrato de seguro. Pues si dicha circunstancia fuera factible, se estaría transgrediendo del carácter aleatorio de este tipo de convenios. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1054 del Código de Comercio el cual consagra que los hechos ciertos no constituyen un riesgo y son por lo tanto extraños al contrato de seguro. En ese orden de ideas, no resulta jurídicamente admisible reclamar prestación alguna derivada de la póliza **021976183/0** respecto de la petición extrajudicial formulada por los demandantes. Lo anterior, como quiera que la Compañía de Seguros no puede verse obligada a pagar emolumento alguno por un hecho cierto, al contravenir esto el carácter aleatorio y esencial del aseguramiento.

NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO: mediante la póliza No 021976183/0 Allianz Seguros S.A. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible al Centro Policlínico del Olaya cuando este deba indemnizar daños y perjuicios a terceros con ocasión al servicio médico prestado en esta institución. Sin embargo, esto no se ha podido demostrar, en la medida que en el proceso se encuentra acreditado que la atención médica dada por esta institución fue diligente, oportuna y acorde a los más altos estándares de calidad, demostrando con esto la debida diligencia en todo el servicio médico prestado.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte del CPO. Lo anterior, en tanto es claro que en el presente asunto se encuentra demostrada la debida diligencia en todo el servicio prestado por esta institución. En consecuencia, teniendo en el presente asunto no se ha realizado el riesgo asegurado bajo la póliza de

seguro expedida por mi procurada, debido a que en el proceso no existe responsabilidad en cabeza del CPO.

Oposición frente a la pretensión TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión elevada por la parte Actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que:

PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO: en el caso que nos ocupa han transcurrido casi de cuatro años desde que se realizó la reclamación que se realizó al asegurado, mismo momento en que el CPO tuvo conocimiento del hecho base que da base a la acción en contra de mi representada. En tal virtud, teniendo en cuenta que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, la reclamación tuvo lugar el día en que se realizó la audiencia de conciliación el 18 de noviembre de 2016, momento desde el cual inició la contabilización del término bienal para la configuración de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro. Por lo tanto, para el año 2020, momento en que se radicó el llamamiento en garantía, la acción derivada del contrato de seguro ya se encontraba totalmente prescrita. Es evidente que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por cuanto para el momento en que se radicó el llamamiento en garantía ya había transcurrido un lapso superior a los dos años previstos en los artículos 1081 y 1131 del C.Co.

En conclusión, al haber operado en el presente caso el fenómeno prescriptivo de que tratan los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por cuanto en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que se realizó la reclamación extrajudicial al Centro Policlínico del Olaya (30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, el 18 de noviembre de 2016) y el momento en que se radicó el llamamiento en garantía (año 2020). No existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del llamante en garantía en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto es claro que el término prescriptivo feneció con creces, por cuanto transcurrieron más de dos años desde la reclamación extrajudicial, momento para el cual el CPO conoció del hecho que da base a la acción en contra de mi procurada.

FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DEL CONTRATO DE SEGURO INSTRUMENTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES 021976183/0: teniendo en cuenta la vigencia de la Póliza Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Hospitales No. 021976183/0 con un periodo de vigencia comprendido entre el 31 de agosto de 2016 y el 30 de agosto de 2017, por lo que, en el proceso al encontrarse probado que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016, momento para el cual no se encontraba vigente el contrato, no existe duda que la póliza no presta cobertura temporal para los hechos que se discuten en el proceso. Lo anterior debido a que el contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de cobertura Claims Made y por lo tanto la póliza solo cubre eventos **RECLAMADOS** durante la vigencia de la póliza. En consecuencia, el Despacho no tiene otra salida que declara probada esta excepción como consecuencia de la falta de cobertura temporal del contrato.

HECHOS CIERTOS COMO UN RIESGO INASEGURABLE: ruego al Despacho tener por cierto que cuando se contrató la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional y Clínicas **021976183/0**, la solicitud de indemnización presentadas por los hoy demandantes de fecha 30 de agosto de 2016, ya no era un riesgo de carácter asegurables, sino que era hechos ciertos por cuanto acaecieron con anterioridad a la suscripción de la póliza y por lo tanto son elementos extraños al contrato.

En consecuencia y reiterando lo que se ha venido explicando, se debe recordar que en el contrato de seguro se amparan hechos futuros e inciertos, lo que por sustracción de materia implica, que no es viable asegurar hechos pretéritos y por tanto ciertos que se hayan generado con antelación a la suscripción del contrato de seguro. Pues si dicha circunstancia fuera factible, se estaría transgrediendo del carácter aleatorio de este tipo de convenios. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1054 del Código de Comercio el cual consagra que los hechos ciertos no constituyen un riesgo y son por lo tanto extraños al contrato de seguro. En ese orden de ideas, no resulta jurídicamente admisible reclamar prestación alguna derivada de la póliza **021976183/0** respecto de la petición extrajudicial formulada por los demandantes. Lo anterior, como quiera que la Compañía de Seguros no puede verse obligada a pagar emolumento alguno por un hecho cierto, al contravenir esto el carácter aleatorio y esencial del aseguramiento.

NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO: mediante la póliza No 021976183/0 Allianz Seguros S.A. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible al Centro Policlínico del Olaya cuando este deba indemnizar daños y perjuicios a terceros con ocasión al servicio médico prestado en esta institución. Sin embargo, esto no se ha podido demostrar, en la medida que en el proceso se encuentra acreditado que la atención médica dada por esta institución fue diligente, oportuna y acorde a los más altos estándares de calidad, demostrando con esto la debida diligencia en todo el servicio médico prestado. En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte del CPO. Lo anterior, en tanto es claro que en el presente asunto se encuentra demostrada la debida diligencia en todo el servicio prestado por esta institución. En consecuencia, teniendo en el presente asunto no se ha realizado el riesgo asegurado bajo la póliza de seguro expedida por mi procurada, debido a que en el proceso no existe responsabilidad en cabeza del CPO.

Pretensiones Condenatorias

Oposición frente a la pretensión PRIMERA: En efecto, me opongo a la pretensión elevada por la parte actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que es una pretensión consecuencial de la principal y como esa no tiene vocación de prosperidad mucho menos esta.

Oposición frente a la pretensión SEGUNDA: En efecto, me opongo a la pretensión elevada por la parte actora debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda

vez que es una pretensión consecuencial de la principal y como esa no tiene vocación de prosperidad mucho menos esta.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

El Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece provisiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 1081. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Por otro lado, en lo atinente a los seguros de responsabilidad, para evaluar la prescripción derivada del contrato de seguro es necesario analizar el artículo 1131 del Código de Comercio que establece:

“ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así, deberá en los seguros de responsabilidad debe entenderse ocurrido el siniestro en el momento en que se realiza la reclamación judicial o extrajudicial al asegurado. Al respecto ha precisado la Corte Suprema de Justicia:

“Así las cosas, la modalidad aseguradora pactada correspondió a la prevista en el supracitado canon 4º de la ley 389 de 1997, a cuyo tenor:

En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante

la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.»

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

Con antelación a esta última reforma, el artículo 1131 del Código de Comercio era claro en señalar que, en materia de seguro de responsabilidad, el siniestro se entendía ocurrido en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado, quedando cubierto por la póliza vigente para dicho momento.

*Sin embargo, a partir de la citada ley, se consagró la posibilidad de que, por un pacto expreso entre los contratantes, se limite temporalmente la cobertura, o incluso, se extienda a hechos anteriores a su vigencia, siempre que ambos casos se cumplan con **la exigencia de que la reclamación se haga dentro del lapso de vigencia de la convención.***

*Se permitió, entonces, no sólo los seguros basados en la ocurrencia del daño (losses occurrence), que constituyen la regla general en el derecho continental, sino también los que se fundamentan en la reclamación (claims made), **caracterizados porque el amparo únicamente se activa si, durante la vigencia del seguro, se hace el reclamo, de suerte que cesa el deber indemnizatorio después de extinguido**³⁶ (subrayado fuera del texto original)*

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que la reclamación realizada al Centro Policlínico del Olaya tuvo lugar con la solicitud de conciliación, misma que fue radicada el 30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, la reclamación tuvo lugar el día en que se realizó la audiencia de conciliación el 18 de noviembre de 2016. Tal y como se encuentra acreditado con la constancia de no acuerdo de la Procuraduría General de la Nación que fue aportada con el escrito de demanda. Ahora bien, teniendo en cuenta que la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro opera dentro de los dos años siguientes a la reclamación extrajudicial realizada al asegurado, mismo momento en que el CPO conoció del hecho que da base a la acción, no hay lugar a dudas que la acción se encuentra totalmente prescrita. Lo anterior, por cuanto el llamamiento en garantía a mi procurada solo fue radicado hasta el año 2020, momento para el cual ya habían pasado casi cuatro años desde la reclamación realizada al asegurado.

³⁶ Corte Suprema de Justicia, SC 130-180 del 12 de febrero de 2018, M.P. Arold Wilson Quiroz Monsalvo.

De modo tal que como en el caso que nos ocupa han transcurrido casi de cuatro años desde que se realizó la reclamación que se realizó al asegurado, mismo momento en que el CPO tuvo conocimiento del hecho base que da base a la acción en contra de mi representada. En tal virtud, teniendo en cuenta que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, la reclamación tuvo lugar el día en que se realizó la audiencia de conciliación el 18 de noviembre de 2016, momento desde el cual inició la contabilización del término bienal para la configuración de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro. Por lo tanto, para el año 2020, momento en que se radicó el llamamiento en garantía, la acción derivada del contrato de seguro ya se encontraba totalmente prescrita. Es evidente que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por cuanto para el momento en que se radicó el llamamiento en garantía ya había transcurrido un lapso superior a los dos años previstos en los artículos 1081 y 1131 del C.Co, y en tal virtud, solicito al Despacho tener por probada esta excepción por encontrarse plenamente probada la prescripción.

En conclusión, al haber operado en el presente caso el fenómeno prescriptivo de que tratan los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Por cuanto en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que se realizó la reclamación extrajudicial al Centro Policlínico del Olaya (30 de agosto de 2016 o en forma subsidiaria, el 18 de noviembre de 2016) y el momento en que se radicó el llamamiento en garantía (año 2020). No existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza del llamante en garantía en los términos de los artículos 1081 y 1131 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto es claro que el término prescriptivo feneció con creces, por cuanto transcurrieron más de dos años desde la reclamación extrajudicial, momento para el cual el CPO conoció del hecho que da base a la acción en contra de mi procurada. Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DEL CONTRATO DE SEGURO INSTRUMENTADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES 021976183/0

Es imperativo recordar que existen diferentes modalidades de cobertura en los contratos de seguro. Las más comunes en la actividad aseguraticia son las siguientes: ocurrencia, descubrimiento y reclamación o claims made. La primera hace referencia a la cobertura que se brinda cuando el hecho que da lugar al amparo ocurre mientras la póliza está vigente. Bajo la modalidad de descubrimiento se ofrece cobertura cuando el tomador, asegurado o beneficiario conoce el hecho dañoso dentro de la vigencia de la póliza. Por último, se tiene que el seguro pactado bajo la modalidad de reclamación o claims made opera, de un lado, si el interesado presentó su reclamación dentro de la vigencia de la póliza y de otro, si los hechos por los que se reclama ocurrieron dentro del período de retroactividad pactado.

Específicamente la modalidad de cobertura por reclamación o claims made tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997. Con la nombrada norma se introdujo esta nueva figura, cuya finalidad es que la aseguradora indemnice los perjuicios causados a terceros por hechos pretéritos a la vigencia del contrato de seguro, siempre y cuando, la reclamación al asegurado o a la aseguradora se realice dentro de la vigencia del contrato. La respectiva norma establece lo siguiente:

*“En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, **y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.***

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

Con la precitada norma se permitió a través del pacto expreso entre contratantes, que se amparen hechos anteriores a la vigencia del seguro (retroactividad), bajo la condición de que la reclamación se realice dentro de la referida vigencia. Esto no quiere decir que el requerimiento sea requisito para que se configure la responsabilidad, sino que la obligación de pago de la aseguradora se sujeta al reclamo en el curso de la póliza. La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido la modalidad claims made y su posibilidad de coexistir con las demás disposiciones que se encuentran en el Código de Comercio:

*“Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, **si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual**”³⁷. (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Con la Ley 389 de 1997 y lo estipulado en materia del contrato de seguros por el Código de Comercio, se configura una doble exigencia a la hora de reclamar por el acaecimiento de un siniestro cuando se ha pactado esta modalidad. La dualidad consiste en la

³⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 18 de julio de 2017, MP. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado 76001-31-03-001-2001-00192-01.

materialización del siniestro y la reclamación dentro del término específico. Esta característica diverge del sistema tradicional de ocurrencia, en el cual importa que el hecho dañoso se produzca en la vigencia del contrato de seguro mas no si el requerimiento por el interesado se realiza cuando la póliza haya expirado. Así las cosas, sobre la modalidad descrita la Corte recientemente concluyó lo siguiente:

*“Por su parte, las cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, **porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado**, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso”³⁸. (subrayado y negrilla fuera del texto original).*

En este orden de ideas, debe decirse que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 022381629/0, tiene como modalidad Claims Made. Ello implica que cubre las indemnizaciones que el asegurado deba pagar en virtud de las reclamaciones presentadas por primera vez durante el periodo del seguro, siempre y cuando, se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del 01 de julio de 2007. En virtud de lo anterior, se evidencia en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 021976183/0:

Póliza y duración:	Póliza n°: 021976183 / 0 Suplemento N°: 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 31/08/2016 hasta las 24:00 horas del 30/08/2017.
	Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
Ambito Temporal	
CLAIMS MADE Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de SEPTIEMBRE 01 DE 2007 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.	

Teniendo en cuenta lo allí señalado, se entiende que la vigencia del contrato de seguro instrumentado en la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 021976183/0 inició el 31 de agosto de 2016 hasta el 30 de agosto de 2017, por lo que el reclamo al asegurado debió haberse dado dentro de estos dos extremos temporales. Sin embargo, esto no sucedió como quiera que la reclamación extrajudicial fue radicada el día 30 de agosto de 2016, esto es, un día antes del inicio de cobertura por parte de la póliza de seguro expedida por mi procurada. Es por ello que, al haberse radicado la reclamación

³⁸ Ibid.

al asegurado el CPO un día antes del inicio de vigencia pactado en el contrato, la póliza puede verse afectada por los hechos y pretensiones que se discuten en el proceso, pues para la fecha de la reclamación el contrato no se encontraba vigente.

En conclusión, teniendo en cuenta la vigencia de la Póliza Responsabilidad Civil Clínicas y Centros Hospitales No. 021976183/0 con un periodo de vigencia comprendido entre el 31 de agosto de 2016 y el 30 de agosto de 2017, por lo que, en el proceso al encontrarse probado que la solicitud de conciliación fue radicada el 30 de agosto de 2016, momento para el cual no se encontraba vigente el contrato, no existe duda que la póliza no presta cobertura temporal para los hechos que se discuten en el proceso. Lo anterior debido a que el contrato de seguro se pactó bajo la modalidad de cobertura Claims Made y por lo tanto la póliza solo cubre eventos RECLAMADOS durante la vigencia de la póliza. En consecuencia, el Despacho no tiene otra salida que declara probada esta excepción como consecuencia de la falta de cobertura temporal del contrato.

3. HECHOS CIERTOS COMO RIESGOS NO ASEGURABLES EN VIRTUD DEL ARTÍCULO 1054 DEL C.CO. PARA LA PÓLIZA 021976183/0

En el derecho comercial colombiano el riesgo asegurable, el interés asegurable, la prima y la obligación condicional son los elementos esenciales del contrato de seguro, en cuya ausencia se configura una causal de ineficacia de este último, según lo dispuesto en los artículos 1045, 1083, 1137, 1054 y 897 de C.Co. Específicamente, el artículo 1054 del Código de Comercio ha definido al riesgo asegurable de la siguiente manera:

***“ART. 1054 –** Denomínase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al seguro de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento. (Negrilla y resaltado por fuera del texto original)*

Se debe aclarar que “el concepto de riesgo inasegurable es diferente del concepto de exclusión legal. Se reitera que los inasegurables son los que por ningún motivo se pueden asegurar; esto significa que como están prohibidos, las disposiciones que así lo regulan son de carácter imperativo, de orden público y restringen el ejercicio de la autonomía privada de la voluntad”³⁹. Es decir, el riesgo que es objeto de aseguramiento corresponde a todo suceso incierto que tenga la virtualidad de causar un daño a un determinado interés asegurable, con la única limitación de que no debe depender exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario del seguro.

³⁹ El riesgo asegurable y los riesgos emergentes de las nuevas tecnologías, Dra. Hilda Esperanza Zornosa Prieto, profesora y directora especialización derechos de seguros, Universidad Externado de Colombia, Artículo de investigación publicado en revista digital. Disponible en file:///C:/Users/ASUS/Downloads/413- Texto%20del%20art%C3%ADculo-1277-2-10-20180126%20(1).pdf

A partir de la definición que plantea el art. 1054 C.Co, no son asegurables los hechos ciertos. Al respecto, se destaca del precepto legal citado lo dispuesto por la honorable Superintendencia Financiera de Colombia en el Concepto 2010036608-001 del 28 de julio de 2010:

"(...) su carácter aleatorio o fortuito es elemento básico del concepto de riesgo asegurable. De ahí que la doctrina haya señalado como condiciones determinantes para su existencia las siguientes: 1ª) Que el evento del que depende sea de posible realización (...); 2ª) que su realización sea incierta, bien en cuanto a si se producirá (incertus an) o al momento de su producción (incertis quando) o bien el cómo el evento temido puede producirse; 3ª) que su realización sea fortuita, es decir, que no dependa directamente de la voluntad de la persona que soporta los efectos del evento (por ejemplo, no es riesgo asegurable el incendio que voluntariamente pueda ser causado por el asegurado, pero sí el provocado por la malquerencia de terceros o inclusive por culpa propia del asegurado); 4ª) que el suceso, caso de realizarse, provoque una necesidad, un daño" (Negrilla y resaltado por fuera del texto original)

A este respecto sea oportuno recordar lo manifestado por la honorable Superintendencia Financiera de Colombia en el sentido de que:

"(...) el "riesgo" supone la existencia de una contingencia, es decir la existencia de la posibilidad de que el hecho que se está amparando suceda o no. Precisamente el Código de Comercio en el artículo 1054 al definir el riesgo en el contrato de seguro, elemento que es de la esencia de este contrato, establece "(...) denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho (...)"⁴⁰ (Resaltado y negrilla por fuera del texto original)

Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no sólo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de cuáles riesgos no son asegurables, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Suprema de Justicia en sentencia del 5 de septiembre de 1988 al referirse al mencionado artículo 1054 del C.Co. precisó:

"Fluye del texto transcrito que el riesgo asegurable debe ser incierto objetivamente y, además, futuro. Los hechos ya acontecidos, por ser

⁴⁰ Superintendencia Financiera. Concepto No. 2000101895-4. junio 8 de 2001 pensión de invalidez.

ciertos y, por ende, no ser futuros, ya no entrañan riesgo asegurable de conformidad con la ley. Como tampoco la incertidumbre cuando es subjetiva.”

En este sentido, el riesgo asegurable constituye el elemento esencial del contrato de seguro, pues es la razón por la cual se suscriben estos contratos. Sin embargo, el mismo debe ser (i) factible, esto es, que la lógica y la razón permitan tenerlo como posible; (ii) incierto, que no haya sucedido y; (iii) ajeno a la voluntad exclusiva del tomador, asegurado o beneficiario en la realización del mismo. Para que, una vez ocurrido el siniestro, la obligación del asegurador, consistente en pagar la póliza, sea exigible.

Habiendo dicho lo anterior, en el caso en concreto se tiene que el llamante en garantía pretende hacer efectiva la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional y Clínicas **021976183/0** respecto de solicitud indemnizatoria que se presentó con anterioridad a la vigencia del referido contrato de seguro. No puede perderse de vista que dicha póliza fue contratada bajo la modalidad de “claims made”, la cual ampara las solicitudes de indemnización escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos en vigencia del seguro.

No puede perderse de vista que tal como ha sido señalado de forma precedente, la solicitud de conciliación extrajudicial formulada al Centro Policlínico del Olaya asegurado por los hoy demandantes, se efectuó el día 30 de agosto de 2016, es decir con anterioridad a la expedición del contrato de seguro que inició el 31 de agosto de 2016. Lo anterior quiere decir que para el momento en el cual se perfeccionó el aseguramiento dicha petición extrajudicial ya no era un riesgo asegurable, sino un hecho cierto que ya había acontecido previo a la suscripción del contrato.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto que cuando se contrató la Póliza de Seguro Responsabilidad Civil Profesional y Clínicas **021976183/0**, la solicitud de indemnización presentadas por los hoy demandantes de fecha 30 de agosto de 2016, ya no era un riesgo de carácter asegurables, sino que era hechos ciertos por cuanto acaecieron con anterioridad a la suscripción de la póliza y por lo tanto son elementos extraños al contrato.

En consecuencia y reiterando lo que se ha venido explicando, se debe recordar que en el contrato de seguro se amparan hechos futuros e inciertos, lo que por sustracción de materia implica, que no es viable asegurar hechos pretéritos y por tanto ciertos que se hayan generado con antelación a la suscripción del contrato de seguro. Pues si dicha circunstancia fuera factible, se estaría transgrediendo del carácter aleatorio de este tipo de convenios. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1054 del Código de Comercio el cual consagra que los hechos ciertos no constituyen un riesgo y son por lo tanto extraños al contrato de seguro. En ese orden de ideas, no resulta jurídicamente admisible reclamar prestación alguna derivada de la póliza **021976183/0** respecto de la petición extrajudicial formulada por los demandantes. Lo anterior, como

quiera que la Compañía de Seguros no puede verse obligada a pagar emolumento alguno por un hecho cierto, al contravenir esto el carácter aleatorio y esencial del aseguramiento.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

4. NO HABERSE REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO 021976183/0

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma como se explica que al suscribir el contrato asegurativo respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo. De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes.

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. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.*

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención

específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...).⁴¹(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Lo anteriormente mencionado, debe ser interpretado armónicamente con los principios generales del Derecho Comercial denominados “autonomía de la voluntad” y “buena fe”, tal como lo explica la Corte Constitucional en sentencia T-065 de 2015, de la siguiente manera:

“La celebración y ejecución de los contratos civiles y comerciales debe desarrollarse de acuerdo con los principios de la autonomía de la voluntad y la buena fe. Así lo señala el Código Civil en sus artículos 1602 y 1603, y la Constitución Política en su artículo 83. El primero de estos principios, también conocido como *pacta sunt servanda*, establece que las personas naturales o jurídicas tienen la facultad de contraer libremente obligaciones y/o derechos mediante la celebración de contratos. Una vez manifiestan allí su voluntad y llegan a un acuerdo, el contrato se transforma en una ley para las partes. Su terminación queda sujeta a la realización de un nuevo acuerdo, o al cumplimiento de una de las causales previstas en la ley o en el mismo contrato. Por lo tanto, mientras no hayan establecido otra cosa, ninguna de ellas queda autorizada para alterar los términos contractuales de manera unilateral porque, de lo contrario, le impondría a la otra una obligación, o le concedería un derecho que jamás consintió. Lo anterior implica que, por regla general y sin perjuicio de las excepciones consagradas en la ley, cualquier modificación de un contrato debe estar sometida al concurso de todas las personas que lo celebraron. [...]

5.3. Según lo ha puesto de presente la jurisprudencia de la Corte, **tratándose específicamente de un contrato de seguro, la buena fe que se espera de las partes es cualificada.** Es decir, que la persona no solo debe tener conciencia de celebrar y ejecutar el contrato de acuerdo con la naturaleza de la relación jurídica y la finalidad que persiguen los firmantes. Sino que, además, debe tener certeza de que efectivamente lo está haciendo. De esta manera, la buena fe aplicable a este tipo de situaciones exige un *elementosubjetivo*, que se refiere a la intención del actor, y un *objetivo*, que tiene que ver con la efectiva realización del comportamiento esperado.

5.4. **En conclusión, la celebración y ejecución de un contrato de acuerdo con los principios de la autonomía de la voluntad y la buena fe, le permite a cada uno de los contratantes confiar en la palabra del otro y tener una expectativa cierta de los efectos jurídicos del acuerdo celebrado.** De esta manera, la alteración unilateral de alguno

⁴¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

*de los términos contractuales, o su lectura literal y maliciosa, se traducirían en un acto sorpresivo que traicionaría la confianza depositada.*⁴² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal del Contrato de Seguro expedido por mi procurada es el siguiente:

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

En tal virtud, mediante la póliza No 021976183/0 Allianz Seguros S.A. se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible al Centro Policlínico del Olaya cuando este deba indemnizar daños y perjuicios a terceros con ocasión al servicio médico prestado en esta institución. Sin embargo, esto no se ha podido demostrar, en la medida que en el proceso se encuentra acreditado que la atención médica dada por esta institución fue diligente, oportuna y acorde a los más altos estándares de calidad, demostrando con esto la debida diligencia en todo el servicio médico prestado.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte del CPO. Lo anterior, en tanto es claro que en el presente asunto se encuentra demostrada la debida diligencia en todo el servicio prestado por esta institución. En consecuencia, teniendo en el presente asunto no se ha realizado el riesgo asegurado bajo la póliza de seguro expedida por mi procurada, debido a que en el proceso no existe responsabilidad en cabeza del CPO.

Por lo expuesto, solicito comedidamente al despacho declarar la prosperidad de la presente excepción.

5. EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA 021976183/0

⁴² Corte Constitucional, Sentencia T-065 de 2015

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 póliza. 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”⁴³ (subrayado y negrilla fuera del texto original).*

Así mismo, la Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*“(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.*

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención

⁴³ 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

específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)⁴⁴. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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.**⁴⁵ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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»⁴⁶ (Negrilla y resaltado por fuera del texto original).

⁴⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

⁴⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Rad 2000-5492-01. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo

⁴⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de diciembre de 2019. Rad. 2008-00193-01. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

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, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación del contrato de seguro de responsabilidad contractual que nos ocupa. Pues las partes del contrato 021976183 acordaron pactar las exclusiones que figuran en sus condiciones generales y particulares que para el caso concreto son las siguientes:

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.

En ese sentido, si su Despacho encuentra probada alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza vinculada al proceso. Ante tal circunstancia, la póliza de seguro vinculada en este proceso no podría ser afectada, toda vez que se encontraría configurada una exclusión de cobertura.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza expedida por mi procurada, no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador. Por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de alguna de la póliza expedida por mi procurada, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones en el contrato. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso la configuración de alguna de ellas, la Póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

6. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO

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. 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.⁴⁷”

Se puede concluir entonces que el Contrato de Seguro, tiene un carácter meramente indemnizatorio y por tal motivo, tiene como finalidad llevar a la víctima al estado anterior, más no enriquecerla. Es por ello que aterrizando al caso en cuestión no es de recibo indemnizar el daño tal y como fue pretendido por la parte Demandante, más aún, teniendo en cuenta las tasaciones exorbitantes de sus perjuicios no probados. 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 del texto original).

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. Conforme a ello, en caso de pagarse suma alguna que no esté debidamente acreditada por la parte accionante, se estaría contraviniendo el citado principio de mera indemnización del contrato de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial de los demandados y eventualmente enriqueciendo a la parte accionante.

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. Lo anterior, por cuanto la demanda careció de una carga probatoria que además de certera, la misma fuera conducente con el fin de acreditar y demostrar el lucro cesante. Además de que el daño moral es exorbitante y el daño a la vida de relación es improcedente. En primer lugar, por cuanto el lucro cesante solicitado no fue acompañado con pruebas necesarias, conducentes y pertinentes para demostrar la actividad económica, los ingresos de la víctima y mucho menos la dependencia económica que tenía el compañero permanente para con ella. En segundo lugar, se evidencia que el daño moral solicitado se encuentra tasado de forma exorbitante, pues desatiende completamente los parámetros fijados por la Corte Suprema de Justicia. Por último, respecto a la solicitud de daño a la vida en relación, resulta completamente improcedente por ser un perjuicio únicamente reconocido para la víctima directa, que para el caso falleció, por lo que sus familiares no se encuentran facultados para solicitar una indemnización por este concepto. Así las cosas, de efectuar cualquier pago por concepto de perjuicios patrimoniales o extra patrimoniales equívocamente tasados e improcedentes implicaría un enriquecimiento para la parte Demandante y en esa medida se violaría el principio indemnizatorio del seguro.

⁴⁷ 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

En conclusión, reconocer cualquier suma por concepto de daños patrimoniales y las sumas pretendidas por perjuicios extrapatrimoniales transgrediría el principio indemnizatorio del contrato de seguro, por cuanto los primeros no pueden ser reconocidos al no estar acreditados y los perjuicios extrapatrimoniales se encuentran equivocadamente tasados y son improcedentes. Es por ello que de reconocer las pretensiones de la demanda como están formuladas, transgrediría el principio meramente indemnizatorio del contrato de seguro.

7. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

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, 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. 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 realización⁴⁸ (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. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual indicado en la Póliza, así:

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

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. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOS EN LOS ATINENTE AL DEDUCIBLE

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, así:

- **Póliza de Seguro de Responsabilidad Profesional Clínicas y Hospitales 021976183/0:**

⁴⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

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

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

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”⁴⁹. (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 descunte del importe de la indemnización la suma pactada como deducible expuesta anteriormente.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

9. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda, 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 C.Co.

⁴⁹ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

CAPÍTULO III

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS DEL DEMANDANTE.

En primer lugar, debe señalarse que en la demanda se solicita que se tenga como pericia un dictamen pericial a través del cual se audita la calidad de la prestación del servicio de salud brindado a María Rubiela Gómez Beltran realizado por la médico LESLY DEL PILAR RODRIGUEZ ROJAS, que en ningún caso podrá ser tenido en cuenta como Dictamen Pericial, puesto que no cumple con los requisitos en el artículo 226 del Código General del Proceso, los cuales se estudiarán a continuación en contraste con lo allegado en las pruebas documentales en el presente caso, así:

- *Todo dictamen debe ser claro, preciso, exhaustivo y detallado; en él se explicarán los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de sus conclusiones:* Este requisito se observa en el dictamen aportado por la parte actora. Ello debido a que la prueba carece de claridad, precisión y detalle respecto de la metodología que utilizó para llegar a esas conclusiones. Es tan visible esto que, cuando se le pregunta en el cuestionario sobre la metodología técnico científica que le permite emitir tal juicio valorativo, no responde nada.
- *La profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística:* Ante este requisito, no se puede observar que obre en el plenario el diploma o acta de grado que acredite el título conferido a saber, médico cirujano, ni que constate la universidad de la cual afirma egresó. Por lo tanto, se desconoce su idoneidad para emitir cualquier tipo de concepto respecto de los hechos que se discuten en el proceso. No siendo suficiente lo anterior, es menester tener en cuenta que el caso en marras es uno que está dentro del manejo de un médico especializado en gastroenterología, en ese sentido, la perito acredita que su especialidad es en medicina ocupacional y no en gastroenterología, por ese motivo se puede afirmar que sus conocimientos no son idóneos para hacer un peritaje acerca de la atención recibida por la paciente pues, ella no está familiarizada con los protocolos de atención para este tipo de cuadros clínicos.
- *La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere:* Al respecto, es claro que si no fueron remitidos los documentos que acrediten la formación académica o experticia del perito en tema de gerencia de salud, ya que no acredita el título de médico general, mucho

menos existe prueba de publicaciones que éste haya realizado. Incumpliendo una vez más los requisitos mínimos para que el dictamen aportado pueda ser tenido en cuenta dentro del presente proceso.

- *La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen:* Frente a este requisito, no existe prueba documental allegada con el Dictamen, que dé cuenta de la lista de casos en los que la perito haya realizado un dictamen pericial con respecto a la pertinencia de la atención médica recibida por un paciente en un centro médico. De hecho, aduce la perito que no recuerda casos en específico y solo da un número aleatorio de casos en los que supuestamente rindió peritajes de diferentes índoles sin hacer discriminación al menos de algunos de ellos. Incumpliendo una vez más los requisitos mínimos para que el dictamen aportado pueda ser tenido en cuenta dentro del presente proceso.

- *Si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo 50, en lo pertinente:* No se encuentra prueba al respecto dentro de las documentales allegadas al proceso con la demanda.

- *Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación:* Del dictamen pericial aportado se concluye con una sola lectura que carece de métodos científicos que permitan establecer la veracidad de lo allí enunciado. Toda vez que, la perito solo establece un glosario de términos, un resumen de la historia clínica y una conclusión para luego responder una serie de preguntas sin establecer qué método utilizó para llegar a las respuestas dadas mediante el escrito. En ese sentido, se ve completamente incumplido el este requisito.

- *Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación:* Del dictamen pericial aportado se concluye con una sola lectura que carece de métodos científicos que permitan establecer la veracidad de lo allí enunciado. Toda vez que, la perito solo establece un glosario de términos, un resumen de la historia clínica y una conclusión para luego responder una serie de preguntas sin establecer qué método utilizó para llegar a las respuestas dadas mediante el escrito. En ese sentido, se ve completamente

incumplido el este requisito ello debido a que, el ejercicio que regularmente efectúa la perito de su profesión es en la especialidad de salud ocupacional y no posee ninguna certificación de experiencia que acredite su experticia frente al manejo de pacientes con padecimiento propios de la órbita de los médicos gastroenterólogos.

- *Relacionar y adjuntar los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen:* En el dictamen aportado con la demanda no se vislumbra que se allegue ningún documento que haya sido empleado para la elaboración del dictamen como soporte del procedimiento por medio del cual se llegó a las conclusiones consignadas en el peritaje. Razón por la cual, se evidencia que el dictamen no cumple en ningún caso los requisitos exigidos por la norma.

Dicho lo anterior, es claro es claro que no se cumplen expresamente todos los requisitos del artículo 226 del Código General del Proceso. Razón por la cual, solicito a su Despacho que el Dictamen Pericial aportado con la demanda, no sea tenido como prueba por faltar el cumplimiento de los requisitos formales establecidos por el artículo 226 del Código General del Proceso.

De manera subsidiaria, en el evento remoto e improbable evento en que su Despacho decidiera tener como prueba tal Dictamen Pericial, solicito comedidamente que la señora Lesly del Pilar Rodríguez Rojas comparezca a la audiencia. Lo anterior, a efectos de ejercer de manera adecuada los derechos de defensa de mi representada y en ese sentido, efectuar la correspondiente contradicción del Dictamen en los términos del artículo 228 del C.G.P.

CAPÍTULO IV

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

- **DOCUMENTALES:**

1. Copia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Profesional Clínicas y Hospitales 021976183/0 con su respectivo condicionado particular y general.
2. Derecho de petición remitido el día 17 de noviembre de 2021 a la Procuraduría General de la Nación.

- **INTERROGATORIO DE PARTE**

1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **NÉSTOR ALBILIO CANTOR**, 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 **Cantor** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **CARLOS ANDRÉS QUIROGA GÓMEZ**, 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 **Quiroga** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **RAÚL ALONSO QUIROGA GÓMEZ**, 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 **Quiroga** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

4. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al Representante Legal del **CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA**, en su calidad de Demandado, 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 citada en la dirección de notificación relacionada en la contestación de demanda del Hospital.

5. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al Representante Legal de la **EPS NUEVA EPS**, en su calidad de Demandado, 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 citada en la dirección de notificación relacionada en la contestación de demanda del Hospital.

- **DECLARACIÓN DE PARTE**

1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **ALLIANZ SEGUROS S.A.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales 021976183/0.

- **TESTIMONIALES**

1. Solicito se sirva citar al Doctor **RAÚL ANDRÉS PÉREZ BOADA**, en calidad de médico cirujano quien realizó una de las intervenciones quirúrgicas a la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y puede ilustrar al despacho el procedimiento realizado a la paciente junto con las complicaciones presentadas y los riesgos inherentes para cada intervención.

El testigo puede ser citado en la dirección de notificaciones del Centro Policlínico del Olaya en la Carrera 20 # 23 – 23 sur de Bogotá.

2. Solicito se sirva citar al Doctor **CARLOS ALBERTO LEAL**, en calidad de médico cirujano quien realizó una de las intervenciones quirúrgicas a la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y puede ilustrar al despacho el procedimiento realizado a la paciente junto con las complicaciones presentadas y los riesgos inherentes para cada intervención.

El testigo puede ser citado en la dirección de notificaciones del Centro Policlínico del Olaya en la Carrera 20 # 23 – 23 sur de Bogotá.

3. Solicito se sirva citar al Doctor **PEDRO LEÓN VILLADIGO**, en calidad de médico cirujano quien intervino en la atención médica de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y puede ilustrar al despacho los procedimientos realizados a la paciente junto con las complicaciones presentadas y los riesgos inherentes para cada intervención.

El testigo puede ser citado en la dirección de notificaciones del Centro Policlínico del Olaya en la Carrera 20 # 23 – 23 sur de Bogotá.

4. Solicito se sirva citar a la Doctora **JOHANNA CAROLINA BECERRA BENITEZ**, en calidad de profesional de la salud quien intervino en la atención médica de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y puede ilustrar al despacho los procedimientos realizados a la paciente junto con las complicaciones presentadas y los riesgos inherentes para cada intervención.

La testigo puede ser citada en la dirección de notificaciones del Centro Policlínico del Olaya en la Carrera 20 # 23 – 23 sur de Bogotá.

5. Solicito se sirva citar al Doctor **ORLANDO ALBERTO VELÁSQUEZ**, en calidad de profesional de la salud quien intervino en la atención médica de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y puede ilustrar al despacho los procedimientos realizados a la paciente junto con las complicaciones presentadas y los riesgos inherentes para cada intervención.

El testigo puede ser citado en la dirección de notificaciones del Centro Policlínico del Olaya en la Carrera 20 # 23 – 23 sur de Bogotá.

6. Solicito se sirva citar a la Doctora **DIANA GONZÁLEZ**, en calidad de profesional de Auditora Médica quien puede ilustrar al despacho sobre el análisis y revisión de la HC de la señora María Rubiela Gómez (Q.E.P.D.) y puede ilustrar al despacho los procedimientos realizados a la paciente junto con las complicaciones presentadas y los riesgos inherentes para cada intervención.

La testigo puede ser citada en la dirección de notificaciones del Centro Policlínico del Olaya en la Carrera 20 # 23 – 23 sur de Bogotá.

7. 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 derecho y de la Póliza de Seguro.

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones, y en general sobre las excepciones propuestas frente a la demanda y el llamamiento en garantía. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

El doctor Mendoza podrá ser citado en la Calle 113 No. 10-22, Apto 402 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico camiloanmega@gmail.com.

• **EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS**

1. Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LOS DEMADNATES** para que exhiban en la oportunidad procesal pertinente los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la solicitud de conciliación con todos sus anexos presentada por el señor Néstor Albilio Cantor y que fue asignada con el No 22680 del 30 de agosto de 2016, incluyendo, pero sin limitarse la constancia previa que de la misma se hizo en las dependencias del Centro Policlínico del Olaya.

- La constancia de envío y citación de la audiencia que tuvo lugar el 18 de noviembre de 2016.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar que el Centro Policlínico del Olaya conoció la solicitud de conciliación desde por lo menos el 30 de agosto de 2016 y con esto demostrar la falta de cobertura temporal y el hecho cierto como un riesgo ajeno al contrato de seguro.

2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la solicitud de conciliación con todos sus anexos presentada por el señor Néstor Albilio Cantor y que fue asignada con el No 22680 del 30 de agosto de 2016, incluyendo, pero sin limitarse la constancia previa que de la misma se hizo en las dependencias del Centro Policlínico del Olaya.
- La constancia de envío y citación de la audiencia que tuvo lugar el 18 de noviembre de 2016.

Los referidos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue en donde se radicó y tramito todo el proceso de conciliación extrajudicial. Lo anterior se puede constatar con la constancia de no acuerdo aportada por el extremo actor como anexo de la demanda y que reposa en el expediente.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar que el Centro Policlínico del Olaya conoció la solicitud de conciliación desde por lo menos el 30 de agosto de 2016 y con esto demostrar la falta de cobertura temporal y el hecho cierto como un riesgo ajeno al contrato de seguro.

La **PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN** puede ser notificada en la Carrera 5 # 15-80 en la ciudad de Bogotá D.C.

- **OFICIOS**

1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **A LOS DEMADNATES** para que exhiban en la oportunidad procesal pertinente los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la solicitud de conciliación con todos sus anexos presentada por el señor Néstor Albilio Cantor y que fue asignada con el No 22680 del 30 de agosto de 2016, incluyendo, pero sin limitarse la constancia previa que de la misma se hizo en las dependencias del Centro Policlínico del Olaya.

- La constancia de envío y citación de la audiencia que tuvo lugar el 18 de noviembre de 2016.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar que el Centro Policlínico del Olaya conoció la solicitud de conciliación desde por lo menos el 30 de agosto de 2016 y con esto demostrar la falta de cobertura temporal y el hecho cierto como un riesgo ajeno al contrato de seguro.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la solicitud de conciliación con todos sus anexos presentada por el señor Néstor Albilio Cantor y que fue asignada con el No 22680 del 30 de agosto de 2016, incluyendo, pero sin limitarse la constancia previa que de la misma se hizo en las dependencias del Centro Policlínico del Olaya.
- La constancia de envío y citación de la audiencia que tuvo lugar el 18 de noviembre de 2016.

Los referidos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue en donde se radicó y tramito todo el proceso de conciliación extrajudicial.

Lo anterior se puede constatar con la constancia de no acuerdo aportada por el extremo actor como anexo de la demanda y que reposa en el expediente

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar que el Centro Policlínico del Olaya conoció la solicitud de conciliación desde por lo menos el 30 de agosto de 2016 y con esto demostrar la falta de cobertura temporal y el hecho cierto como un riesgo ajeno al contrato de seguro.

La PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN puede ser notificada en la Carrera 5 # 15-80 en la ciudad de Bogotá D.C.

CAPÍTULO V

ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de Allianz Seguros S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Cali.
2. Certificado de existencia y representación legal de Allianz Seguros S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

CAPÍTULO VI

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°
021976183 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

13 de Septiembre de 2016

Tomador de la Póliza

C P O 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

A P SEGUROS Y CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

SUMARIO

PRELIMINAR.....4
CONDICIONES PARTICULARES.....5
 Capítulo I - Datos identificativos.....5
CONDICIONES GENERALES..... 11
 Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro..... 11
 Capítulo III - Siniestros.....20
 Capítulo V - Cuestiones fundamentales de25
 carácter general

PRELIMINAR

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

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

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

CONDICIONES
PARTICULARES

Capítulo I Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	C P O S.A. NIT: 8001494536 CR 21 CL 22 68 SUR BOGOTA Teléfono: 2788545 Email: med_ricardohr@cpo.com.co
Asegurado:	C P O S.A. NIT: 8001494536 CR 21 CL 22 68 SUR BOGOTA Teléfono: 2788545 Email: med_ricardohr@cpo.com.co
Póliza y duración:	Póliza n°: 021976183 / 0 Suplemento N°: 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 31/08/2016 hasta las 24:00 horas del 30/08/2017. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
Intermediario:	Renovable a partir del 30/08/2017 desde las 24:00 horas. A P SEGUROS Y CIA LTDA Clave: 1090107 CL 93 B CR 17 - 25 OF 205 BOGOTA NIT: 830002991 Teléfonos: 7560831 0 E-mail: oscar.rengifo@apseguros.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CR 21 CL 22 68 SUR

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica

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	159,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	145,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de SEPTIEMBRE 01 DE 2007 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	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
1090107	A P SEGUROS Y CIA LTDA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Prestación de servicios médicos

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

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

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

Gastos de Defensa:

10% sobre el valor de la pérdida

RELACIÓN DE MÉDICOS:

Médicos Empleados Directamente: 100

Médicos No Empleados Directamente: 145

Odontólogos: 57

Oftalmólogos: 2

SUBJETIVIDAD:

La presente póliza se encuentra sujeta al envío de la relación de médicos a más tardar durante los 30 días siguientes al inicio de vigencia.

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 877849648

Período: de 31/08/2016 a 30/08/2017
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	90.000.000,00
IVA	14.400.000,00
IMPORTE TOTAL	104.400.000,00

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Asesor A P SEGUROS Y CIA LTDA

Teléfono/s: 7560831 0

También a través de su e-mail: oscar.rengifo@apseguros.com.co

Sucursal: CALLE 104

Urgencias y Asistencia

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

En Bogotá5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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



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

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

C P O S.A.

A P SEGUROS Y CIA
LTDA

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

Capítulo II Objeto y Alcance del Seguro

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA 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 delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y

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

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Gastos de Defensa

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

Cauciones Judiciales

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

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

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

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

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

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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

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

obligación de:

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

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

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

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

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

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

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

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

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

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

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

Capítulo III Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

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

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

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

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

6. LIMITE ASEGURADO.

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

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

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se indica un sublímite para un determinado amparo por vigencia, tal sublímite es el límite máximo de la

indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

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

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



A P SEGUROS Y CIA LTDA

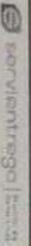
NIT: 830002991
CL 93 B CR 17 - 25 OF 205
BOGOTA
Tel. 7560831
Fax 5304265
E-mail: oscar.rengifo@apsegueros.com.co

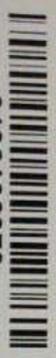
Allianz Seguros S.A.

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

comiventrega | 



9136106979

BOGOTA

CUNDINAMARCA F.P. **CON**

Peris1 Peris3
REMITENTE: G HERRERA Y ASOCIADOS
ABOGADOS SAS
BOGOTA - CUNDINAMARCA
TEL: 7436592

DG-CL-IDM-F-139 V1



DESTINATARIO: PROCURADORA GENERAL DE LA NACION //
D.I/NIT: 51580
TEL: 3225280360
DIR: CRA 5 # 15 - 80



9136106979

No. Remisión
SE0000032401068

No. Sobreporte

PESO Kg 0.00

VOL -

TE NORMAL

M.T TERRESTRE

B. Seguridad

Fecha: 17/11/2021 15:42

AVISOS JUDICIALES

0000

Total PZ
1

\$ 0

Vr. A Cobrar

10

C03
Zona carga M1

C39
Zona Documento M1

DIR: CRA 5 # 15 - 80
Recibo a conformidad / observaciones en la entrega:



Parentesco: _____
Fecha Entrega: ____/____/____

#1 DEV
#2 DEV
#3 DEV
Ministerio de Transporte: Licencias No. 805 de marzo 5/2001. MINTIC: Licencia No. 2065 de Oct. 8/2020.

Bogotá, D.C., 17 de noviembre de 2021

Señores

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

Carrera 5 # 15-80 en la ciudad de Bogotá D.C

E. S. D.

REF.: DERECHO DE PETICIÓN

ASUNTO: PROCESO VERBAL

RADICADO: 11001-3103-033-2019-00604-00

DEMANDANTES: NÉSTOR ALBILIO CANTOR Y OTROS

DEMANDADOS: CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA Y OTRO.

LLAMADO EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 860026182-5, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

A. PETICIÓN

2.1. Comedidamente solicito se remitan al **JUZGADO TREINTA Y TRES (33) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ** con destino al proceso judicial de la referencia, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la solicitud de conciliación con todos sus anexos presentada por el señor Néstor Albilio Cantor y que fue asignada con el No 22680 del 30 de agosto de 2016, incluyendo, pero sin limitarse la constancia previa que de la misma se hizo en las dependencias del Centro Policlínico del Olaya.
- La constancia de envío y citación de la audiencia que tuvo lugar el 18 de noviembre de 2016.

La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

B. FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991,
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y
- Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

2. En segunda medida, sobre las razones y motivación que sustentan la presente solicitud, es necesario comenzar aludiendo a los elementos que deben componer toda contestación de demanda ante la jurisdicción ordinaria, materia regulada por el artículo 96 del Código General del Proceso de esta manera:

"Artículo 96. Contestación de la Demanda. La contestación de la demanda contendrá:

(...)

4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente;"

Esta norma debe ser interpretada en concordancia con el artículo 78 de la misma normativa, que en su numeral 10 establece como uno de los deberes de los apoderados en procesos judiciales el de "abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir". Es con base en los anteriores mandatos legales que se explica y fundamenta la presente solicitud de los documentos originales arriba aludidos.

De otra parte, en cuanto a los términos con que cuenta la **PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN** para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

"Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.

(...)

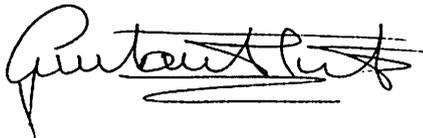
1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes."

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se fórmula, debe ser remitido al JUZGADO TREINTA Y TRES (33) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ, en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados; solicitud que se presenta en consideración de todos los fundamentos jurídicos que se vienen de mencionar.

C. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C o en la secretaría del JUZGADO TREINTA Y TRES (33) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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

		
Centro de Soluciones		
El documento que compone el presente envío fue cotejado con el presentado por el interesado o remitente, siendo idénticos. El interesado o remitente exonera de responsabilidad a SERVIENTREGA por la veracidad de la información contenida en los documentos que componen la guía No.		
Tipo	# folios	# anexos
<input type="checkbox"/> Notificaciones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Citaciones a diligencias varias	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Otros Documentos Legales	1	2
Los anexos no son cotejables.		

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:ESTABLECIMIENTO 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 ARBITRAMIENTO 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 CLAE 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 LA 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 ARBITRAMIENTO.
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.

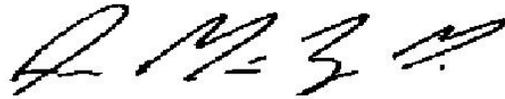
De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de 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 COMPAÑÍA 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 relacionados 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 a la 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 confie. 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."

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

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