

Señores

TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA**M.P. Dr. OSCAR ALONSO VALERO NISIMBLAT**

E. S. D.

| | |
|-----------------------------|--|
| PROCESO: | REPARACION DIRECTA |
| RADICACIÓN: | 76001-23-33-010-2018-00397-00 |
| DEMANDANTES: | EDWIN DAVID SANCHEZ LAME Y OTROS |
| DEMANDADOS: | MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. HOSPITAL CAÑAVERALEJO |
| LLAMADO EN GARANTÍA: | LIBERTY SEGUROS S.A. |
| ASUNTO: | CONTESTACIÓN REFORMA DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA REALIZADO POR LA RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. |

CAMILO HIROSHI EMURA ALVAREZ, ciudadano colombiano, mayor de edad, domiciliado en Santiago de Cali, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderado judicial de la sociedad llamada en garantía **LIBERTY SEGUROS S.A.**, de acuerdo al memorial Poder otorgado por su Representante Legal, junto con certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera, documentos que adjunto con la presente, encontrándome dentro del término legal, por medio del presente escrito procedo a contestar la reforma de la demanda y el llamamiento en garantía efectuado a **LIBERTY SEGUROS S.A.** por parte del demandado **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.** para lo cual primeramente me referiré a la demanda y a renglón seguido al aludido llamamiento, en los siguientes términos:

I. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A continuación, me referiré a los hechos narrados en la demanda, así:

AL HECHO 1. Es cierto, tal y como consta en la cédula de ciudadanía y carne de salud aportada al proceso.

AL HECHO 2. Para un mejor entendimiento de la respuesta a este hecho la divido en tres literales a), b) y c):

- a) Es cierto que la señora JESSICA VANESA PAJA, en varias oportunidades asistió al HOSPITAL CAÑAVELAREJO- RED DE SALUD DE LADERA E.S.E., a consultas médicas en estado de gestación, tal como consta en la historia clínica que obra dentro del proceso.
- b) No le consta a mi representada si efectivamente cumplió o no con todas las citas programadas de controles prenatales como tampoco tiene conocimiento de las personas en compañía de quienes asistía a las consultas médicas y/o controles prenatales, pues la sociedad aseguradora que apodero no tiene relación o vínculo directo con los pacientes de la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.- HOSPITAL CAÑAVERALEJO, y por lo tanto carece de conocimiento de estos detalles, razón por la cual, frente a ellos nos atenderemos a lo que resulte probado en el proceso y a los registros consignados en la Historia Clínica de la Paciente.
- c) Es cierto que durante el periodo gestacional la señora JESSICA VANESA PAJA, no tuvo problema alguno, pues según se observa en la historia clínica, no era una paciente que presentaba un embarazo de alto riesgo.

AL HECHO 3. Es parcialmente cierto, pues según se observa en la historia clínica de RED DE SALUD DE LADERADA E.S.E, que obra dentro del proceso, la señora JESSICA VANESA PAJA, asistió a varias consultas médicas y/o controles prenatales, pero no observo dentro de la misma, el control prenatal de fecha 20 de noviembre de 2016 que se relaciona en este hecho, razón por la cual, frente a esta situación nos atenderemos a lo que resulte probado en el proceso y a los registros consignados en la Historia Clínica de la Paciente.

AL HECHO 4. Para un mejor entendimiento de la respuesta a este hecho la divido en dos literales a) y b):

- a) No le consta a mi representada que para el 06 de enero de 2016 se le haya programado trabajo de parto a la señora JESSICA VANESA PAJA, pues en la historia clínica no se dice nada al respecto, razón por la cual, frente a esta situación nos atenderemos a lo que resulte probado en el proceso y a los registros consignados en la Historia Clínica de la Paciente.
- b) En lo que respecta a las citas de fecha 06 y 08 de enero de 2016, según lo que obra dentro de la historia clínica, la señora JESSICA VANESA PAJA, le practicaron monitoreos fetales, los

cuales fueron interpretados como de categoría 1, es decir, que el feto se encontraba en buenas condiciones, presentaba una frecuencia cardíaca fetal adecuada, movimientos fetales, la paciente no presentaba contracciones, ni ningún otro signo y/o síntoma de trabajo de parto.

AL HECHO 5. Es parcialmente cierto, pues según se observa en la historia clínica de la paciente, se le aplicó oxitocina y no pitocín, como lo afirma el apoderado de la parte actora en este hecho.

AL HECHO 6. No es cierto que el trabajo de parto no fue diagnosticado en su debido momento, teniendo en cuenta que, según la historia clínica de la paciente, la señora JESSICA VANESA PAJA, presentó síntomas y/o signos de trabajo de parto tan sólo el 10 de enero de 2016, y no en los ingresos anteriores, es decir, ni el 06, ni el 08 de enero de 2016, se encontraba en dilatación, presentaba contracciones etc.

AL HECHO 7. Es parcialmente cierto, teniendo en cuenta que el 10 de enero de 2016 en horas de la noche, la señora JESSICA VANESA PAJA, fue trasladada a la sala de partos, toda vez que presentaba 10 cm de dilatación, 100 % de borramiento del cuello y membranas rotas, tal como consta en la historia clínica, lo cual indica que ya se encontraba en trabajo de parto.

AL HECHO 8. No le consta a mi representada, pues la sociedad aseguradora que apodero no tiene relación o vínculo directo con los pacientes de la demandada E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL, y por lo tanto carece de conocimiento de estos detalles, razón por la cual, frente a ellos nos atendremos a lo que resulte probado en el proceso y a los registros consignados en la Historia Clínica de la Paciente.

AL HECHO 9. No es cierto, teniendo en cuenta que una vez la paciente JESSICA VANESA PAJA, se encontraba en trabajo de parto, la médica que atendía el mismo, la Dra. Claudia Marcela Sinisterra observa "*prolapso de cordón umbilical*", por lo tanto, procede a empujar la cabeza del bebé, toda vez que se encontraba en la fase expulsiva, para evitar la compresión del cordón umbilical y la trasladan inmediatamente a una institución de nivel superior de complejidad como lo es el Hospital Universitario del Valle, sin dilaciones algunas, para que le sea practicada una cesárea, tal como se puede constar en las historias clínicas que obran dentro del expediente.

AL HECHO 10. Para un mejor entendimiento de la respuesta a este hecho la divido en dos literales a) y b):

- a) Es cierto que, en el Hospital Universitario del Valle, el 10 de enero de 2016, le practicaron la cesárea a la señora JESSICA VANESA PAJA, obteniendo como resultado el nacimiento de un bebé.
- b) Las demás circunstancias narradas en este hecho no le constan a mi representada, pues la sociedad aseguradora que apodero desconoce la hora en que se le practicó la cesárea a la

demandante JESSICA VANESA PAJA y las condiciones físicas y médicas que nació el menor, por lo tanto nos atendremos a lo que resulte probado en el proceso y a los registros consignados en la Historia Clínica de la Paciente.

Es importante tener en cuenta que la médico tratante que atendía el parto, Dra. Claudia Marcela Sinisterra en el Hospital de Cañaveralejo, al observar el prolapso del cordón umbilical, siendo aproximadamente las 07:50 pm procede a remitir de urgencia a la paciente al Hospital universitario del Valle, institución clínica que recibe a la paciente a las 08:01 p.m., tal como consta en la historia clínica.

A LOS HECHOS 11 y 12. No le consta a mi representada, pues la sociedad aseguradora que apodero no tiene relación o vínculo directo con los demandantes, por lo tanto, carece de conocimiento de estos detalles, razón por la cual, frente a ellos nos atendremos a lo que resulte probado en el proceso y a los registros consignados en la Historia Clínica.

AL HECHO 13. Para un mejor entendimiento de la respuesta a este hecho la divido en dos literales a) y b):

- a) Es cierto que el menor SAMUE SANCHEZ PAJA, murió el 14 de enero de 2016 siendo las 14:22 horas, tal y consta en el certificado de defunción.
- b) Las demás circunstancias narradas en este hecho, no le constan a mi representada, pues la sociedad aseguradora que apodero no tiene relación o vínculo directo con los demandantes, por lo tanto, carece de conocimiento de estos detalles, razón por la cual, frente a ellos nos atendremos a lo que resulte probado en el proceso y a los registros consignados en la Historia Clínica.

A LOS HECHOS 14 – 15 y 16. No le consta a mi representada, pues la sociedad aseguradora que apodero no tiene relación o vínculo directo con los demandantes, por lo tanto, carece de conocimiento de estos detalles, razón por la cual, frente a ellos nos atendremos a lo que resulte probado en el proceso y a los registros consignados en la Historia Clínica.

A LOS HECHOS 17 y 18. No le consta a mi representada, pues la sociedad aseguradora que apodero no tiene relación o vínculo directo con los pacientes de la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. -HOSPITAL CAÑAVERALEJO, y por lo tanto carece de conocimiento de estos detalles, razón por la cual, frente a ellos nos atendremos a lo que resulte probado en el proceso y a los registros consignados en la Historia Clínica de la Paciente.

AL HECHO 19. No es un hecho, son apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte actora endilgando responsabilidad a la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVELAREJO, por una presunta falla en el servicio médico brindado a la paciente, pero si analizamos la historia clínica encontramos que los médicos actuaron dentro de los lineamientos que la técnica médica exige, acepta y recomienda para la atención de mujeres gestantes que están próximas a dar a luz, razón por la cual podemos decir sin temor a equivocarnos, contrario a lo expresado en la demanda, que la Señora JESSICA VANESA PAJA fue atendida por el personal médico idóneo, calificado, y de forma diligente y oportuna.

II. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA –“LO QUE SE DEMANDA”

Por ningún motivo, en virtud de la vinculación de la sociedad **LIBERTY SEGUROS S.A.** y de la **RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.** al proceso, se debe llegar a proferir condena contra ellos, como quiera que no existe el fundamento fáctico ni jurídico necesario para el efecto.

Por lo tanto, me opongo de forma directa a la totalidad de las pretensiones de la demanda, las cuales no pueden ser concedidas a favor de los demandantes, y consecuentemente no podrán ser asumidas por los demandados, como tampoco por mi representada **LIBERTY SEGUROS S.A.**, por las razones que se expresan en las correspondientes excepciones que en el presente escrito habremos de formular.

Es importante tener en cuenta que, conforme al principio de carga de la prueba, quien alegue un hecho del que pretenda derivar consecuencias jurídicas y/o económicas debe probar su realización, por lo tanto, no basta alegar solamente el supuesto detrimento causado, sino que además deberá acreditarse la existencia de los elementos constitutivos de la responsabilidad por el servicio médico, esto es, el daño y el nexo causal.

PRIMERA. Me opongo a que se declare responsable a la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.- HOSPITAL CAÑAVELAREJO, por no existir nexo causal, daño antijurídico, ni obligación alguna en relación con el acto médico desarrollado por el equipo médico del HOSPITAL CAÑAVELAREJO, pues la atención médica brindada a la paciente JESSICA VANESA PAJA en el trabajo de parto, tal y como se demuestra con la historia clínica que obra dentro del proceso, fue la adecuada, correcta y aceptada por la ciencia médica actual, se cumplieron los procedimientos esperados habiéndole prestado a la demandante el servicio de salud que requería. Sumado a ello, su desenlace no tuvo origen en la conducta profesional, sino que por el contrario sobrevino a un hallazgo impredecible como lo es el prolapso del cordón umbilical, pues no hay nada que pueda hacer el médico para impedir y/o evitar que este se presente en la gestante al momento del parto.

SEGUNDA. Me opongo a la solicitud de condena de la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVELAREJO, por los presuntos perjuicios inmateriales (perjuicios morales) solicitados por los demandantes, no sólo porque la parte actora hasta este momento no ha logrado acreditar los elementos constitutivos de la responsabilidad por el servicio médico sino también porque el reconocimiento de estos perjuicios no opera de manera automática ante la ocurrencia de un hecho dañoso, ni se presume en todos los casos, por lo tanto le corresponderá a la parte actora probar este tipo de perjuicios así como el grado de proximidad de los demandantes respecto de la víctima, y al Juez hacer un análisis minucioso y objetivo de la situación, y determinar si se acreditó o no la existencia de este tipo de perjuicios, acto seguido de encontrarlos probados (en el presente proceso no están probados), le corresponderá determinar su cuantía, atendiendo los criterios razonables que no generen enriquecimiento injustificado a favor de los demandantes.

Por lo anterior, reitero que ME OPONGO a todas las pretensiones de la demanda, en la medida en que no existe el fundamento fáctico ni jurídico que las respalde, y como consecuencia de ello solicito desde éste mismo momento absolver a la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. -HOSPITAL CAÑAVERALEJO condenando a los demandantes en costas y agencias en derecho.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO A LA DEMANDA

1. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL CAÑAVERALEJO – RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. Y LOS MEDICOS ADSCRITOS A ESTA INSTITUCION CLINICA POR CUMPLIMIENTO DE SU OBLIGACIÓN MÉDICA DE MEDIO

De forma histórica en el derecho esta materia ha generado múltiples discusiones en torno a la definición de la relación jurídica que se halla entre el médico y el paciente, y en entre éste y la institución médica.

Al respecto, como la misma Corte Suprema ha expresado, si bien el paciente puede emprender acción en contra del médico o grupo de ellos representados por la institución clínica cuando considere haber sufrido algún daño en la prestación médica, lo cierto es que los demandantes deberán probar, entre otras cosas, que el proceder médico supuestamente insatisfactorio corresponde a un verdadero incumplimiento de la obligación médica. Así, debe establecer si la obligación contraída por el médico correspondía a una *de medio* y de resultado.

La medicina es una actividad que entraña obligaciones de medio y no de resultado, y en esa medida, no se puede garantizar la obtención de un resultado específico, sino únicamente demostrarse que se actuó de manera oportuna, diligente y perita en la atención médica brindada al paciente.

El médico no puede prometer, un resultado deseado por el paciente, por lo tanto, lo único que puede ofrecer es que pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución del tratamiento.

El citado criterio, fue reconocido desde hace mucho tiempo por la Corte Suprema de Justicia, cuando señaló:

“(...) La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste (...)”¹

En efecto, la ciencia médica tiene sus limitaciones y en el tratamiento clínico o quirúrgico de cualquier paciente existe siempre un alea que escapa al cálculo más implacable o a las previsiones más prudentes y consecuentemente, obliga a restringir el campo de la responsabilidad, por ende el médico solo se compromete a actuar poniendo al servicio del paciente todos sus conocimientos científicos, con la diligencia, prudencia, oportunidad y pericia que exige los protocolos médicos y la *lex artis*.

La medicina no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos difieren en complejidad y escala de dificultades técnicas, los resultados de estos podrán ser esperables, pero nunca predecibles, ya que ningún profesional de la salud por más experto y hábil que sea, puede garantizar previo a una intervención o aun procedimiento un resultado ciento por ciento satisfactorio, pues en el mismo tratamiento se pueden presentar situaciones inherentes a las características individuales del paciente y que pese a ver implementado en su oportunidad el procedimiento reconocido, aceptado y basado en evidencias, no significa que eventualmente se presenten circunstancias de caso fortuito, por características propias del paciente, que constituyen un hecho muchas veces imprevisible, y que aun siendo previsible resulta inevitable.

Entendiendo los antecedentes expresados en la demanda, la obligación médica sobre la cual se basan sus pretensiones, evidentemente es de medio, pues se encuentra probado que en el curso de los hechos que narra el apoderado de la parte actora no se hallaban ningún tipo de estipulaciones contractuales referidas a algún resultado específico en la señora JESSICA VANESA PAJA ROJAS, pues según la historia clínica que obra dentro del expediente, no se trataba de una paciente de alto riesgo, pues presentaba un embarazo normal, sin patologías maternas o fetales, por lo tanto se le tenía proyectado un parto vaginal, pudiendo ser atendida en una institución clínica de baja complejidad.

¹ Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 05 de marzo de 1940 M.P. Dr. JOSE FERNANDO RAMIREZ

Siendo esto completamente irrefutable, lo que sí se encuentra probado, además, es que el proceder de cada uno de los médicos que atendieron a la paciente en la HOSPITAL CAÑAVERALEJO – RED DE SALUD DE LADERA E.S.E., y en general la disposición clínica ofrecida por la entidad demandada, se ajustó plenamente a los rituales médicos que la demandante JESSICA VANESA PAJA ROJAS requería de acuerdo con sus específicos síntomas que presentaba, y prueba de ello es la historia clínica que obra dentro del proceso, en donde podemos evidenciar las atenciones médicas recibidas el 06 y 08 de enero de 2016 según las guías y protocolos institucionales, en las cuales se le realizaron los respectivos monitoreos fetales, los mismos que fueron calificados como de categoría 1, es decir, que el feto se encontraba en buena condición, con frecuencia cardiaca adecuada, con buena variabilidad, con movimientos fetales, no existía ningún signo que hiciera sospechar prolapso de cordón umbilical, ni mucho menos sufrimiento fetal agudo, sumada la situación que la gestante no presentaba contracciones, ni signos ni síntomas que indicaran que ya se debía iniciar el trabajo de parto.

Para el 10 de enero de 2016, cuando la señora JESSICA VANESA PAJA, realizó el tercer ingreso para trabajo de parto, siendo aproximadamente las 7:30 p.m., la médico tratante Dra. Claudia Marcela Sinisterra, 20 minutos después de haber iniciado la fase expulsiva, observa prolapso del cordón umbilical, situación por la cual actúa de manera diligente y cuidadosa, procede a rechazar la cabeza fetal, empujándola con los dedos que se unan en el tacto vaginal, intentando impedir que la cabeza comprima el cordón umbilical y se traslada de manera inmediata a la paciente a una institución clínica de mayor complejidad como lo es el Hospital Universitario del Valle, para que le sea practica una cesárea, tal como consta en la historia clínica, pues el Hospital Cañaveralejo- Red de Salud de Ladera E.S.E. es nivel 1 de atención, por ende no pueden practicar procedimientos quirúrgicos como lo es una cesárea que requería la paciente.

Ello permite concluir, que si el servicio médico fue prestado a plenitud, pero el mismo se resumía a eso: a prestar el servicio sin garantizar un resultado en específico, pues la *obligación de medio* de los médicos y de la misma entidad demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO fue completamente cumplida, pues la paciente presentaba un embarazo normal, sin patologías maternas o fetales, tenía proyectado un parto vaginal, de atención en una institución clínica de baja complejidad, de ahí que las complicaciones que presenta “prolapso de cordón umbilical” no obedecen a una mala práctica o falla médica, pues se trata de una situación que no era predecible ni evitable por los médicos tratantes, ya que no se puede diagnosticar a través de una ecografía obstétrica, además que el feto en los monitoreos presentaba una adecuada frecuencia cardiaca, con buena variabilidad, movimientos fetales, no existía ningún signo que hiciera sospechar que se podría presentar un prolapso de cordón umbilical.

Por tanto, si la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO no tenía una obligación de resultado específico respecto de la salud de la paciente, porque

razonablemente no podría tenerla, toda vez que ésta en las condiciones específicas en que evolucionó resultaban imprevisibles, pues su única labor médica, siendo ésta exclusivamente *de medio*, fue satisfecha a plenitud por la entidad demandada.

Así las cosas, solicito al señor juez que declare probada esta excepción de mérito por encontrar probado que:

- 1) La labor desplegada por la entidad demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO y los médicos a ella adscritos fue una meramente *de medio* y nunca de resultado;
- 2) Que dicha prestación se hizo bajo apropiadas condiciones de acuerdo con la evidencia científica que podría hallarse en los síntomas que presentaba la paciente, y los resultados de las ecografías y monitoreos fetales.
- 3) Que el personal médico de la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO siempre le brindó una atención médica diligente, pertinente y cuidadosa.

Luego como las obligaciones de la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO, son de aquellas clasificadas como de medio y no de resultado, la conclusión es que definitivamente no se estructuró la responsabilidad aducida en el libelo de la demanda, toda vez que para ello sería necesario que en la ejecución de las obligaciones a su cargo se hubiere obrado con culpa, y en este caso los profesionales de la salud cumplieron cabalmente con sus obligaciones, de manera oportuna, diligente, perita y ajustada a los protocolos.

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO Y DE LOS MEDICOS ADSCRITOS A ESTA INSTITUCION CLINICA POR AUSENCIA DE CULPA

Como ha indicado la jurisprudencia de manera reiterada, la conformación de la responsabilidad médica requiere, como elemento para su integración, que se pruebe la *culpa* en el proceder del demandado, modalidad de conducta sin lo cual no podrá atribuírsele a éste tal responsabilidad frente al daño que se alega.

Precisamente por ello, corresponde a la parte actora, PROBAR que la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO actuó bajo determinado grado de culpa, lo que no se cumple simplemente con enunciar que bajo su parecer es reprochable tal o cual proceder de la institución clínica demandada, sino que el mismo debe ser cotejado con su respectiva obligación, tal como se expresó en la excepción precedente, al ser de medio y no de resultado, deberá

contextualizarse con los síntomas propios que presentaba la paciente al momento de ingresar a la institución clínica, los resultados de las ecografías y los monitoreos fetales.

Teniendo en cuenta que la parte actora tiene la carga de demostrar la falla médica, en dicho análisis habrá de incluirse las condiciones propias de los padecimientos de la paciente, pero por sobre todo las manifestaciones externas –*signos y/o síntomas*–, con lo cual se podrá confirmar que el comportamiento profesional de cada uno correspondió a las condiciones propias de las necesidades clínicas de la paciente, en tanto que nunca existió alguna equivocación médica.

Así, si la obligación de la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO y de los médicos que atendieron a la paciente corresponde a una típicamente de medio –*que nunca de resultado*–, y las circunstancias y padecimientos de la demandante JESSICA VANESA PAJA ROJAS permitían aplicar bajo el criterio científico apropiado justamente lo que recibió, todo lo cual descarta la existencia de algún grado de culpa de la demandada y de sus médicos.

3. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD OBJETIVA DE LA RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO Y DE LOS MEDICOS ADSCRITOS A ESTA INSTITUCION CLINICA

Es importante tener en cuenta que por la forma en que se desarrolla la ciencia médica y por las condiciones particulares de las enfermedades o padecimientos de los pacientes, los daños causados a éstos se evalúan y juzgan exclusivamente bajo teoría de la responsabilidad con culpa, y no aquella objetiva. Esto encuentra razón en las particulares condiciones en que se desarrolla la actividad médica, donde el objeto de esta ciencia es la salud del paciente cuyo riesgo terapéutico es inherente a la enfermedad que éste padece, y justamente por ello la evaluación de responsabilidad no puede ser objetiva.

De esta manera, en el caso concreto y bajo la línea de juzgamiento apropiada de la responsabilidad por culpa, no otra decisión podrá tomarse distinta a la absolución de la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO, pues su proceder institucional y el directo de los médicos estuvo enmarcado por los protocolos clínicos apropiados, por lo que descarta cualquier contenido culposo en ellos, cualquier proceder imprudente, negligente o imperito, que de cualquier forma corresponde es la parte actora probar, pero que, debe reiterarse, en el asunto *sub judice* no existe.

Precisamente por esta razón, es que depreco muy comedidamente al señor Juez declarar probada la presente exceptiva de mérito y así absolver a las demandadas y a la sociedad llamada en garantía que apodero.

4. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO POR AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

Es pertinente precisar los aspectos a probar en casos de responsabilidad médica, y el Honorable Consejo de estado ha señalado lo siguiente:

“Actualmente, la jurisprudencia contenciosa sostiene que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran – daño, calidad de la actividad médica y nexo de causalidad entre ésta y aquél, de manera que apreciados en su conjunto permitan establecer el juicio de responsabilidad, de cara a los elementos incorporados al proceso, sin que resulte imperativo subsumir el asunto en los tradicionales regímenes de responsabilidad, pues el artículo 90 Constitucional reclama la construcción de una motivación que consulte razones, tanto fácticas como jurídicas que den sustento a la decisión, siempre en el marco de los principios constitucionales y legales que gobiernan el ejercicio de la función administrativa y la prestación de los servicios públicos”.²

Por lo tanto, a la víctima del daño que pretende la reparación le corresponde la demostración de la falla que acusa en la atención y de que tal falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar:

1. El daño.
2. La falla en el acto obstétrico y
3. El nexo causal.

La demostración de esos elementos puede lograrse mediante cualquier medio probatorio.

Consecuente con el pronunciamiento jurisprudencial del Consejo de Estado y las excepciones de mérito ya expuestas, encontramos que en el presente caso no existe relación causal que configure responsabilidad en la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO, pues se halla probada la inexistencia de alguna relación causal entre el proceder apropiado de la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO que atendió el periodo de gestación y trabajo de parto (fase de expulsión) de la demandante JESSICA VANESA PAJA ROJAS, pues los médicos actuaron de forma diligente, pertinente y cuidadosa, y el resultado que fue el prolapso del cordón umbilical al momento del parto y posteriormente el fallecimiento del menor, consecuencias totalmente ajena al acto médico.

² Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia de 19 de abril de 2012, proceso n.º 21515. Consejero Ponente Hernán Andrade Rincón. Consejo de Estado Sección Tercera.

La atención médica brindada a la paciente en la HOSPITAL CAÑAVERALEJO – RED DE SALUD DE LADERA E.S.E., y en general la disposición clínica ofrecida por la entidad demandada, se ajustó plenamente a los rituales médicos que la demandante JESSICA VANESA PAJA ROJAS requería de acuerdo con sus específicos signos y/o síntomas que presentaba, y prueba de ello es la historia clínica que obra dentro del proceso, en donde podemos evidenciar las atenciones médicas recibidas el 06 y 08 de enero de 2016, en las cuales se le realizaron los respectivos monitoreos fetales, los mismos que fueron calificados como de categoría 1, es decir, que el feto se encontraba en buena condición, con frecuencia cardíaca adecuada, con buena variabilidad, con movimientos fetales, no existía ningún signo que hiciera sospechar prolapso de cordón umbilical, ni mucho menos sufrimiento fetal agudo, sumada la situación que la gestante no presentaba contracciones, ni signos ni síntomas que indicaran que ya se debía iniciar el trabajo de parto.

Para el 10 de enero de 2016, cuando la señora JESSICA VANESA PAJA, realizó el tercer ingreso para trabajo de parto, siendo aproximadamente las 7:30 p.m., la médico tratante Dra. Claudia Marcela Sinisterra, 20 minutos después de haber iniciado la fase expulsiva, observa prolapso del cordón umbilical, situación por la cual actúa de manera diligente y cuidadosa, procede a rechazar la cabeza fetal, empujándola con los dedos que se unan en el tacto vaginal, intentando impedir que la cabeza comprima el cordón umbilical, y se traslada a la paciente de manera inmediata a una institución clínica de mayor complejidad como lo es el Hospital Universitario del Valle, para que le sea practica una cesárea, tal como consta en la historia clínica, pues el Hospital Cañaveralejo- Red de Salud de Ladera E.S.E. es nivel 1 de atención, por ende no pueden practicar procedimientos quirúrgicos como lo es una cesárea que requería la paciente.

Ello permite concluir, que si el servicio médico fue prestado a plenitud, pues la paciente presentaba un embarazo normal, sin patologías maternas o fetales, tenía proyectado un parto vaginal, de atención en una institución clínica de baja complejidad, pues las complicaciones que presenta “prolapso de cordón umbilical” -posterior muerte del menor, no obedecen a una mala práctica o falla médica, ya que se trata de una situación que no era predecible ni evitable por los médicos tratantes, pues dicho prolapso no se puede diagnosticar a través de una ecografía obstétrica, además que el feto en los monitoreos presentaba una adecuada frecuencia cardíaca, con buena variabilidad, movimientos fetales, no existía ningún signo que hiciera sospechar que se podría presentar un prolapso de cordón umbilical al momento mismo del alumbramiento.

Es por ello que solicito al señor Juez declarar probada la presente excepción.

5. EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – HOSPITAL CAÑAVERALEJO Y DE LOS MEDICOS ADSCRITOS A ESTA INSTITUCION CLINICA POR CASO FORTUITO

Sin que se acepte ningún tipo de responsabilidad, es importante considerar para el presente caso, que tal como se expuso en la excepción precedente, las circunstancias propias del periodo de gestación de la paciente y la aparición de complicaciones momentos antes del alumbramiento, constituyeron por sí misma un evento evidente de caso fortuito.

La actividad médica es una ciencia inexacta porque depende de muchos elementos orgánicos y naturales en la salud del paciente que se hallan por fuera del dominio del galeno. En muchas ocasiones ocurren circunstancias del comportamiento orgánico del paciente que no puede dominarse bajo la ciencia médica. En eventos estas evoluciones son sorprendentemente positivas, pero en otros por el contrario son adversas. En ello radica la aleatoriedad del organismo humano, tanto que es en sí misma un riesgo que se torna imprevisible e inevitable medicamente, y que se escapa de las posibilidades del médico que evalúa al paciente.

Entonces, si la salud entraña un riesgo, una contingencia intrínseca de peligro, pues la labor médica queda relevada de los efectos naturales e insospechados que pueda devenir en el ser humano y que son producto de la enfermedad misma del paciente, lo que constituye un fortuito que, en el evento de ser negativo, por lo tanto, no puede atribuírsele al médico ni a la institución médica que trató al paciente.

Así, pues, que si en el curso del proceso se prueba que existió una alteración del estado de salud de la demandante JESSICA VANESA PAJA ROJAS y que se tornaba inverificable e insuperable médicamente, desde ya queda planteada la presente excepción de fondo.

6. LA ATENCIÓN MÉDICA BRINDADA POR LA RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. -HOSPITAL CAÑAVERALEJO Y LOS MEDICOS ADSCRITOS A ESTA INSTITUCION CLINICA SE CUMPLIÓ CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTÍFICA

De acuerdo con la historia clínica que obra dentro del proceso, se corrobora que la atención médica se brindó conforme a los protocolos establecidos y con el lleno de los requisitos y estándares de calidad. A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico de conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar el médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico, y de tipo particular o intrínseco también conocido con el nombre de idiosincrático de cada paciente (características propias de cada cuerpo humano), así como la alea terapéutica siempre presente en los tratamientos médicos.

Por ellos los protocolos de manejo médico en principio solo constituyen guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de la **Ley Artis**, se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que “**debe hacerse**”, lo que significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente comprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebidos son aceptados por la literatura, en donde encuentran su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, entre tanto que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar, de ahí que es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular, normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado.

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que ante el acaecimiento de un daño a la integridad física, puede ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dando el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa (alea terapéutica), o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de ahí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al actuar médico, por lo tanto aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico, como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

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

7. AUSENCIA DE PRUEBA DEL PERJUICIO QUE SE RECLAMA

Quien pretenda el resarcimiento de un detrimento patrimonial deberá demostrar en el proceso, además de los elementos de la responsabilidad administrativa por la defectuosa e imprudente prestación del servicio médico, el monto y la magnitud de su pérdida, de manera que la decisión del Juzgador se asiente sobre la prueba de aquello que debe ser resarcido con el fin de restaurar los bienes jurídicos conculcados, en virtud del principio de reparación integral del daño.

En cuanto a la solicitud de indemnización por **perjuicios morales**, caracterizados por su altísima subjetividad, requieren de una demostración particular y sólo las pruebas acerca de las circunstancias psicológicas y exteriores del damnificado pueden conducir al otorgamiento de tal título indemnizatorio. En tanto que la ausencia de material probatorio al respecto limita la posibilidad al Juez de algún reconocimiento de reparación.

No hay lugar a dudas, de que nos encontramos en curso de una demanda carente de pruebas, los documentos aportados por la parte interesada en la reparación indemnizatoria por el presunto daño

sufrido por los demandantes, no tienen la contundencia, certeza e idoneidad para demostrar algún tipo de responsabilidad a cargo de la Red de Salud de Ladera E.S.E.- Hospital Cañaveralejo.

La demanda es carente de prueba que permita avizorar la existencia de perjuicios inmateriales, y la falta de prueba, condena al fracaso a las pretensiones que la requieren. Los perjuicios no se presumen, deben probarse.

El régimen general de responsabilidad es indemnizatorio o resarcitorio y nunca una fuente de enriquecimiento, sino el resultado de la valoración de estos tres elementos: fundamento probatorio, el marco legal y la conveniencia patrimonial del mismo, lo que llevaría al fallador a definir el monto compensatorio.

El Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, el 8 de febrero de 2017, M.P MARIA ELENA GIRLADO GOMEZ, se refirió a los perjuicios materiales y la necesidad de probarlos, así:

Desde antes de la entrada en vigor de la Constitución 1991, la ley civil y la jurisprudencia de la Sala – con base en la doctrina extranjera – señalaba y estudiaba, respectivamente, que el perjuicio debía tener las siguientes características: -Que sea cierto, es decir, que haya lesionado un derecho del perjudicado (presente o futuro cierto). -Que sea particular, es decir, a la persona que solicita reparación. -Que sea anormal, porque excede los inconvenientes inherentes al funcionamiento del Estado. -Que verse sobre una situación jurídicamente protegida. Por regla general el perjuicio con sus cualidades, como cualquier otro hecho procesal, es materia de prueba. La ley establece que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran los efectos jurídicos que ellas persiguen (art. 177 del C de P.C). En consecuencia, quien pretende judicialmente la reparación de un daño, debe probarlo toda vez que este elemento, como quedó explicado, es presupuesto indispensable de la obligación de indemnizar. (negritas por fuera del texto).

Por lo anterior podemos concluir que la parte actora no aportó prueba que permita establecer la existencia de un perjuicio inmaterial, teniendo la carga de la prueba de conformidad con el Artículo 167 del Código General del Proceso.

Por su parte, la Sala de Casación Civil en Sentencia del 09 de agosto de 1999, Expediente No.4897 M.P. Doctor José Fernando Gómez, hace referencia a la necesidad de la prueba del perjuicio en uno de sus apartes así:

“Por principio general, quien sufre un daño imputable a delito o culpa cometido por otra persona, tiene derecho a la reparación integral (arts. 1636, 1627 y 2341 del C. Civil, y 16 de la Ley 446 de 1998)

*Ahora, como de conformidad con el principio de la necesidad de la prueba (art.174 del C. de P. Civil), toda decisión judicial debe fundarse en pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, **el reconocimiento judicial de una pretensión que tenga como objeto la indemnización de un perjuicio, supone demostración de todos y cada uno de los elementos que configuran la tutela jurídica de dicha pretensiones, incluyendo, por supuesto, el daño, salvo aquellos eventos de presunción de culpa, de conformidad con la doctrina de la Corte, y la presunción de daños de acuerdo con la ley,** como en los casos de los artículos 1599 y 1617 num.2 del C. Civil”.*

8. PERJUICIOS INMATERIALES INFUNDADOS

PERJUICIO MORAL: El daño moral fue definido por el Consejo de Estado, Sección tercera, Magistrado Ponente DANILO ROJAS BETANCOURTH, mediante sentencia de julio 30 de 2011, así:

Cuando se hace referencia al daño moral, se alude al generado en "el plano psíquico interno del individuo, reflejado en los dolores o padecimientos sufridos a consecuencia de la lesión a un bien". Este daño tiene existencia autónoma y se configura una vez satisfechos los criterios generales del daño: que sea particular, determinado o determinable, cierto, no eventual y que tenga relación con un bien jurídicamente tutelado. El daño moral producto de lesiones puede configurarse tanto en la persona que sufre la lesión, a la que se conoce como víctima directa, como también en sus parientes o personas cercanas, víctimas indirectas.

Dicho daño, debe quedar probado por la parte demandante dentro del proceso, para su posible indemnización:

Cuando se pretende el reconocimiento de perjuicios morales, la parte demandante tiene así el deber mínimo de probar su existencia y esta Corporación ha avalado los indicios como un medio de prueba para su configuración.

De modo que, la carencia de pruebas e indicios para la configuración de un perjuicio moral en el caso de referencia, determinan su inexistencia.

Las pruebas son medios indispensables para que cualquier proceso pueda prosperar a favor de quien interpone una acción, o para que una persona que es demandada injustamente pueda demostrar por medio de las pruebas que al demandante no le asiste el derecho que alega.

Entre más pruebas se aporten a un proceso, más certeza se le dará al Juez para que tome la decisión; son diversos los medios probatorios que se pueden utilizar, y aquí se observa, como la parte actora faltó a este principio probatorio, toda vez que no allega las pruebas que sustenten los cuantiosos perjuicios morales que solicita en la demanda en favor de los demandantes, por lo cual esta excepción se encuentra llamada a prosperar.

9. EXCEPCIÓN ECUMENICA O GENÉRICA

El artículo 282 del Código General del Proceso señala:

“ARTÍCULO 282. RESOLUCIÓN SOBRE EXCEPCIONES. Cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción, deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.

Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, podrá abstenerse de examinar las restantes. En este caso, si el superior considera infundada aquella excepción, resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia.

Quando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario, se limitará a declarar si es o no fundada la excepción”.

Sobre el punto señala el tratadista Hernán Fabio López Blanco:

“Aceptando el carácter de orden público que tiene el proceso civil, desde 2931 (Ley 105) el legislador colombiano ha considerado que las excepciones perentorias, salvo tres casos excepcionales, deben de oficio se reconocidas por el juez, así el demandado no las haya invocado, pues si en el proceso se estructuran probatoriamente hechos generadores de cualquiera excepción perentoria, el fallador la debe declarar probada en la sentencia, tal como lo pregona el artículo 96 del C. de P. Civil, al destacar: “Las excepciones de mérito serán decididas en la sentencia, salvo norma en contrario”.

De acuerdo con la norma anterior, comedidamente solicito al Señor Juez declarar de oficio todo hecho probado que constituya una excepción.

CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO POR LA DEMANDADA RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. IV. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

AL HECHO PRIMERO. Para un mejor entendimiento de la respuesta a este hecho la divido en dos literales a) y b):

- a) Es cierto que LIBERTY SEGUROS S.A. expidió la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud No. 438436 y 3 anexos, siendo tomador y asegurado RED DE SALUD D ELADERA E.S.E. Igualmente es cierto que el anexo 3 tiene una vigencia desde el 14 de diciembre de 2015 hasta el 13 de diciembre de 2016 y un valor asegurado de \$500.000.000.oo.
- b) No es cierto que el anexo No. 3 de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud No. 438436, cubre las eventuales indemnizaciones que se impongan en la sentencia, toda vez que aún cuando los presuntos hechos reclamados habrían acontecido dentro de la vigencia, para el momento en que las supuestas víctimas le presentaron el reclamo a la entidad asegurada LA PÓLIZA NO SE ENCONTRABA VIGENTE, exigencia que resulta determinante en el marco de la cobertura contratada en esta póliza y que se denomina CLAIMS MADE, tal y como se expondrá con detenimiento en la correspondiente excepción de mérito que más adelante se formulará.

AL HECHO SEGUNDO. Frente a este hecho, no me pronunciaré, teniendo en cuenta que está dirigido a una aseguradora diferente a la que represento, por lo tanto será el apoderado de dicha aseguradora, a quien le corresponderá hacer las manifestaciones a que haya lugar.

V. A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO

Si bien el escrito de llamamiento en garantía carece de capítulo de PRETENSIONES, de su lectura global integral pareciera entenderse que la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. pretende que sea la aseguradora LIBERTY SEGUROS S.A. quien asuma el pago de cualquier condena que se imponga en su contra.

En este sentido manifiesto expresamente que me opongo a que se imponga cualquier condena o se reconozca alguna pretensión contra LIBERTY SEGUROS S.A., en primer lugar porque los hechos esbozados en la demanda (y de cuya prosperidad depende el llamamiento en garantía) NO SE ENCUESTRAN DEMOSTRADOS, concretamente no se encuentra acreditada la responsabilidad médica de la entidad demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.; y en segundo lugar por tratarse de un evento no cubierto por la modalidad de cobertura contratada en la póliza - claims made, entre otros argumentos defensivos que se encuentran referenciados en el capítulo de las excepciones de mérito al llamamiento en garantía.

Así las cosas, en el evento improbable que el Despacho llegase a considerar que la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E., está obligada a responder por la indemnización solicitada por los demandantes, solicito comedidamente se rechacen las pretensiones del llamamiento en garantía, exonerando a la sociedad **LIBERTY SEGUROS S.A.**, de toda responsabilidad, en los términos de las siguientes excepciones.

VI. ARGUMENTOS JURÍDICOS

El contrato de seguro es un contrato en virtud del cual el Asegurador asume un riesgo que le transfiere el Tomador y/o asegurado, a cambio del pago de un precio o prima. Así las cosas, los riesgos que el Asegurador asume a su cargo, deben estar claramente determinados en el contrato de seguro, por cuanto es la realización de estos y no de otros, es lo que constituye siniestro en los términos del contrato.

Así lo establecen los artículos 1047 numeral 9 y 1072 del Código de Comercio al señalar:

Artículo 1047 numeral 9 del C. de Co: “La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

(...)

9. Los riesgos que el asegurador toma a su cargo.”

Artículo 1072 del C de Co: “Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.”

En este sentido, al tenor de las normas citadas, es claro que sólo la realización de los riesgos que el Asegurador toma a su cargo en los términos de la póliza constituye siniestro y por tanto dan lugar al surgimiento de la obligación indemnizatoria a su cargo.

Por su parte, el artículo 1056³ del Código de Comercio establece la facultad que tienen las aseguradoras de delimitar contractualmente los riesgos que asumen, siendo claro entonces que no todos los riesgos derivados de una actividad están asegurados, solamente aquellos que se especifican expresamente en las condiciones generales y particulares de la póliza de seguros contratada.

Es así como las obligaciones contraídas por la compañía son exclusivamente las expresadas en su texto, mediante las diversas cláusulas en la que se estipularon los límites, amparos, valor asegurado, participación de coaseguradoras, deducibles, exclusiones y demás convenciones.

Por lo anterior, cualquier decisión entorno a la relación sustancial que se esgrime para el llamamiento en garantía, necesariamente debe regirse o sujetarse a las diversas condiciones del contrato de seguro en cuestión, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, exclusiones de amparo, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para el llamamiento en garantía, al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza y de sus anexos.

VII. EXCEPCIONES DE MÉRITO AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. EXCEPCIÓN DE INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. COMO FUNDAMENTO DE LA COBERTURA DEL SEGURO

Tal y como se ha expresado anteriormente, si la demandada RED DE SALUD DE LADERA E.S.E., no es responsable de los presuntos perjuicios morales solicitados por los demandantes, pues natural es comprender que la sociedad llamada en garantía tampoco se encuentra obligada a cubrir dicha petición indemnizatoria. Por tanto, se integra a esta excepción todo lo mencionado en este escrito aplicable como excepciones de mérito a las pretensiones de la demanda.

2. MODALIDAD DE COBERTURA CLAIMS MADE - SINIESTRO POR FUERA DE COBERTURA

La condición particular denominada CLAIMS MADE o SEGURO POR RECLAMACIÓN consagrada en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud No. 438436 expedida por mi representada **LIBERTY SEGUROS S.A.** está reglada por la ley 389 de 1997, la cual en su artículo 4 establece:

3 ARTÍCULO 1056. ASUNCIÓN DE RIESGOS. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado

EL SEGURO POR RECLAMACIÓN O CLAIMS MADE

Ley 389 de 1997. Artículo 4º, inciso primero:

“En los seguros 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.”

(Negrilla fuera del texto original)

Para mejor comprensión de la presente excepción de fondo, reproduzco a continuación la imagen digitalizada de la cláusula 4.2.2. **“MODALIDAD CLAIMS MADE”** de las condiciones generales de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud No. 438436, documento que me permito aportar con el presente escrito, así:

4.2.2. MODALIDAD CLAIMS MADE: PARA LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL SE ENTIENDE POR SINIESTRO COMO EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑOSO POR EL QUE SE LE IMPUTA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O SU PERIODO DE RETROACTIVIDAD Y CUYAS CONSECUENCIAS SEAN RECLAMADAS POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO O A LIBERTY, POR VÍA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DEL AMPARO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, SE ENTIENDE POR SINIESTRO COMO EL HECHO DAÑOSO POR EL QUE SE LE IMPUTA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO, OCURRIDO ÚNICAMENTE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

De acuerdo con lo anterior y como la modalidad de cobertura contratada en este seguro es la de **RECLAMACIÓN** y no la de **OCURRENCIA**, para efectos de determinar el surgimiento de la obligación indemnizatoria de la aseguradora para con el asegurado se hace indispensable validar el cumplimiento de las siguientes dos condiciones concurrentes:

1. Que el siniestro hubiese ocurrido durante la vigencia de la póliza o en el período de retroactividad.
2. Que la primera reclamación judicial o extrajudicial al asegurado o a la aseguradora se hubiese presentado estando la póliza vigente.

En este caso puntual se cumple con la condición número 1. anterior, porque la presunta falla médica se habría configurado durante el tiempo de vigencia de la póliza, pero NO se cumple con la condición número 2. porque la primera reclamación al asegurado, entendiéndose la convocatoria a la audiencia de conciliación prejudicial, se configuró en el año 2018 cuando la póliza NO SE ENCONTRABA VIGENTE, puesto que la misma terminó en el año 2016, sin que se hubiese renovado en los años 2017, 2018 y siguientes.

Para mayor claridad presentamos a continuación las vigencias de la póliza contratada y sus anexos, así:

| ANEXO No. | VIGENCIA |
|-----------|---|
| 1 | inicia vigencia desde las 00:00 horas del 14 de diciembre de 2013 hasta el 14 de diciembre de 2014. |
| 2 | inicia vigencia desde las 00:00 horas del 14 de diciembre de 2014 hasta el 14 de diciembre de 2015. |
| 3 | inicia vigencia desde las 00:00 horas del 14 de diciembre de 2015 hasta el 13 de diciembre de 2016. |

Como viene de verse, se repite, y como la primera reclamación al asegurado RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. en este caso fue presentada por vía extrajudicial, se radicó en el año 2017 y finalizó en el año 2018, es claro que tanto para la fecha de radicación de la convocatoria a audiencia de conciliación, como para la fecha en que finalmente se celebró la audiencia y registro el acta respectiva, la póliza HABÍA PERDIDO SU VIGENCIA.

3. LÍMITES, CONDICIONES, EXCLUSIONES, AMPAROS, VALOR ASEGURADO, DEDUCIBLE Y RESTRICCIONES CONTRACTUALES

Esta excepción se fundamenta en el hecho de que las condiciones del contrato de seguros establecen específicamente qué eventos generan o no obligación alguna a cargo de la aseguradora, entendiendo incorporado en todo este contexto el régimen legal vigente a la celebración del contrato.

Es así como el artículo 1056⁴ del Código de Comercio establece la facultad para las aseguradoras, de delimitar contractualmente los riesgos que asumen, siendo claro entonces que **NO TODOS LOS RIESGOS DERIVADOS DE UNA ACTIVIDAD ESTAN ASEGURADOS**, solamente aquellos que se especifican expresamente en las condiciones generales y particulares de la póliza de seguros.

En ese orden de ideas y en caso de que ninguna de las anteriores excepciones de fondo prospere, de forma subsidiaria se propone esta excepción para que el Juez valore de conformidad con las coberturas contratadas en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas, Hospitales, Sector Salud No. 438436 y anexos, de llegarse a imponer alguna condena al asegurado y aquella estuviera enmarcada en las coberturas de la póliza, se verifique que el valor de la condena que eventualmente se imponga a la aseguradora en ningún caso exceda el límite asegurado, descontando también el deducible que le corresponda asumir al asegurado.

4. AMPARO RESPONSABILIDAD PROFESIONAL SUBLIMITE POR EVENTO Y SUBLIMITE POR DAÑOS MORALES Y FISIOLÓGICOS

De acuerdo a los amparos otorgados por la compañía, los cuales están debidamente determinados en la caratula de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas, Hospitales e Instituciones Privadas del Sector Salud No. 438436, más exactamente en donde se detalle el objeto de la póliza, se destaca que el contrato de seguro cuenta con el amparo de RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, el cual tiene definido un sublímite de cobertura por evento de \$250.000.000, y un sublímite por daños morales y fisiológicos de \$125.000.000. lo que significa, que en una eventual condena, mi representada LIBERTY SEGUROS S.A., no podrá ser condenada bajo el amparo de responsabilidad profesional por daños morales y fisiológicos a una valor superior a \$125.000.000.

Se reproduce a continuación la imagen digitalizada de los AMPAROS y OBJETO DE LA POLIZA de la caratula de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas, Hospitales e Instituciones Privadas del Sector Salud No. 438436, documento que me permito aportar con el presente escrito, así:

⁴ ART. 1056. —Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

| AMPARO | VR. ASEGURADO | DEDUCIBLE | PRIMA |
|--|--------------------|-----------------------------|---------------|
| RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 500,000,000.00 COP | 10 % Mínimo 2,500,000 Pesos | 16,100,268.00 |
| PRIMA: COP | 16,100,268.00 | GASTOS: IVA: COP | 2,576,042 |
| | | VALOR A PAGAR: | 18,676,310 |
| OBJETO DE LA POLIZA: DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA A CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD. *COBER 1.-PREUDIO LABORES Y OPERACIONES SEGUN FORMA RCIC-01, 2.-RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, 3.- GASTOS DE DEFENSA. * SUBLIMITES: SUBLIMITE POR EVENTO \$ 250.000.000 EVENTO, SUBLIMITE POR DAÑOS MORALES Y FISIOLÓGICOS \$ 125.000.000 EVE \$ 250.000.000 VIGENCIA, SUBLIMITE POR EVENTO PARA GASTOS DE DEFENSA \$25.000.000 EVENTO... \$ 50.000.000 VIGENC SUBLIMITE POR USO DE EQUIPOS DE RADIOGRAFIAS CON FINES DE DIAGNOSTICO \$ 250.000.000 EVENTO... \$ 250.000.000 VIGE *EXCLUSIONES: CUALQUIER TIPO DE HURTO, LOS DAÑOS PUROS FINANCIEROS, DAÑO MORAL SIN DAÑO FISICO, ANGUSTIA MENTAL, CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA UTILIZACION DEL BANCO DE SANGRE. DEDUCIBLES: 10% MINIMO \$ 2.500.000.... 15% MINIMO 2SMMLV PARA GASTOS DE DEFENSA PROCESO CIVIL. LOS DEMAS TERMINOS CONTINUAN EN IGUALES CONDICIONES. | | | |

5. MARCO DE LOS AMPAROS OTORGADOS Y EN GENERAL ALCANCE CONTRACTUAL DE LAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Esta excepción se fundamenta en que cualquier decisión en torno a la relación sustancial que se esgrime para el llamamiento en garantía contra la aseguradora, necesariamente se regirá o sujetará a las diversas condiciones del contrato de seguro en cuestión, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradoras, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la persona asegurada), las exclusiones de amparo, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, al contenido de las condiciones de la correspondiente póliza y de sus anexos.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, frente a los hechos que se prueben en el proceso, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según lo pactado y no a cualquier evento, ni a cualquier otro riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

Por lo tanto es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde le determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión el ámbito temporal y geográfico en el que amparo opera o es efectivo, las causales de exclusión o en general las de exoneración, además de las de origen legal, etc., y por tanto son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza.

6. DISMINUCIÓN O AGOTAMIENTO DE VALOR ASEGURADO

Se propone esta excepción teniendo en cuenta que eventualmente en la misma vigencia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud No. 438436 y sus anexos, presenten o estén en trámite hechos, reclamaciones o demandas, cuya consecuencia sea la afectación de este seguro.

Esta situación podría derivar en que el límite máximo de cobertura, disminuya ostensiblemente o incluso se agote, razón por la cual esbozamos en esta oportunidad esta excepción en caso de que durante el proceso se logre demostrar que el valor de la cobertura de la póliza ya no es el mismo por haberse pagado otras indemnizaciones derivadas de perjuicios causados por el mismo asegurado y en la misma vigencia, y así pueda el Despacho valorar objetivamente esta circunstancia en una eventual sentencia condenatoria, limitando y/o ajustando en consecuencia el alcance de la suma asegurada para el caso en concreto y en lo que tiene que ver con el monto de la condena que eventualmente se imponga a la aseguradora **LIBERTY SEGUROS S.A.**

7. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN QUE TIENE EL ASEGURADO RED DE SALUD LADERA PARA LLAMAR EN GARANTÍA A LA ASEGURADORA LIBERTY SEGUROS S.A.

De acuerdo con el artículo 1081 en concordancia con el 1131, ambos del Código de Comercio Colombiano, las acciones que se derivan del contrato de seguro prescriben ordinariamente después de transcurridos dos (2) años y corren desde el momento en el cual el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

Para mayor claridad me permito transcribir los artículos en cita, así:

***ART. 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.

***ART. 1131.** 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. NEGRILLAS Y SUBRAYAS FUERA DE TEXTO

Esta disposición mercantil del contrato de seguros amerita precisar de una parte quién se reputa interesado, siendo en este caso el asegurado en el contrato de seguros **RED DE SALUD LADERA** quien fue precisamente la persona jurídica que adquirió la póliza para asegurar su responsabilidad civil; y de otra parte precisar cuál es el momento a partir del cual el interesado ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, el que para efectos prácticos y de acuerdo con el citado artículo 1131, así como también con la abundante doctrina y jurisprudencia en la materia, es el instante a partir del cual *la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial* al asegurado, que para el caso tuvo lugar el 21 de marzo de 2018, fecha en la cual se celebró la audiencia de conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad de la acción entre el demandante y demandados.

Y para no dejar simplemente enunciado el tema, resulta oportuno precisar que la única forma para interrumpir el término de prescripción enunciado, es atendiendo lo establecido en el artículo 2539 del Código Civil, en concordancia con el artículo 94 del Código General del Proceso, los cuales indican lo siguiente:

ART. 2539. La prescripción que extingue las acciones ajenas, puede interrumpirse, ya natural, ya civilmente. Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente. Se interrumpe civilmente por la demanda judicial; salvo los casos enumerados en el artículo 2524.

ARTÍCULO 94. INTERRUPCION DE LA PRESCRIPCION, INOPERANCIA DE LA CADUCIDAD Y CONSTITUCION EN MORA. La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado. (...)

SUBRAYAS FUERA DE TEXTO ORIGINAL

Para el caso que nos ocupa y como se anotó arriba, el término de la prescripción ordinaria empezó a correr en contra del asegurado **RED DE SALUD LADERA** en la fecha en que se llevó a cabo la audiencia de conciliación prejudicial, esto es, el 21 de marzo de 2018, por lo que de acuerdo con los artículos citados, específicamente con el artículo 94 del C.G.P., y para evitar que le prescribiera su derecho a reclamarle a la aseguradora el pago de la eventual indemnización y si lo que quería era interrumpir el término de prescripción, el asegurado debió cumplir los siguientes dos (2) requisitos concurrentes:

1. Radicar la demanda o el llamamiento en garantía antes del 21 de marzo de 2020 y
2. Notificar la demanda o el llamamiento en garantía a la aseguradora antes del año siguiente al día en que se notificó por estado el auto admisorio de la demanda o el llamamiento en garantía.

Pero no obstante lo anterior, y aunque se cumplió con el segundo de los dos requisitos, pues la aseguradora fue notificada personalmente del auto que admitió el llamamiento en garantía dentro del año inmediatamente siguiente a la fecha en que se notificó por estados el mismo auto, el asegurado OMITIÓ cumplir con el requisito número uno, pues la demanda o llamamiento en garantía a la aseguradora ha debido ser radicada antes del 21 de marzo de 2020, y no después, razón por la cual la acción en virtud de la cual el asegurado podía exigir de su aseguradora el pago de la eventual indemnización que se imponga en este proceso, se encuentra prescrita y así deberá decretarse en la respectiva sentencia.

Por último y no menos importante, para ratificar aún más lo ya anotado, nos permitimos citar a continuación, algunos apartes del concepto Nro. 2006051752-001 del 22 de diciembre de 2006 de la Superintendencia Financiera de Colombia, así:

“ (...) parámetros para la determinación del momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que el interesado, quien deriva un derecho del contrato de seguro, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción, en la prescripción ordinaria y, el momento del nacimiento del derecho, independientemente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria. Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no.

... la prescripción corre frente al asegurado a partir del momento de la petición indemnizatoria, (Judicial o extrajudicial), que efectúe la víctima, y, respecto de ésta, desde “el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado” según lo esclareció el legislador del año 1.990 (art. 86, Ley 45). (...)

...Así las cosas, si el interesado es la persona que tiene derecho a demandar de la aseguradora el pago de la indemnización, el término de prescripción ordinaria de dos años comienza a contarse desde el momento en que dicha persona haya conocido o debido conocer del hecho que da base a la acción, es decir, desde el momento en que haya conocido o debido conocer el siniestro (...) Por su parte, en el artículo 90 del Código de Procedimiento Civil, modificado por el artículo 10 de la Ley 794 de 2003, se señala el momento en que opera esta última al disponer que “La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad, siempre que el auto admisorio de aquélla, o el de mandamiento ejecutivo, en su caso, se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la

notificación al demandante de tales providencias, por estado o personalmente. Pasado este término, los mencionados efectos sólo se producirán con la notificación al demandado.

Se define entonces, que la prescripción se interrumpe en la fecha de presentación de la demanda únicamente cuando su notificación se surte dentro del término previsto legalmente, en caso contrario, se interrumpe con la notificación de la demanda.”

SUBRAYAS FUERA DE TEXTO ORIGINAL

En este orden de ideas y de conformidad con los argumentos, artículos y doctrina citada, claramente se puede advertir que en este caso nunca se interrumpió el término de prescripción de la acción, habiéndose consumado éste desde hace bastante tiempo y por tal razón es que solicito al señor Juez declarar probada la presente excepción, decretando prescrita la acción que tiene el asegurado para demandar o llamar en garantía a la aseguradora, desestimando en consecuencia el escrito correspondiente.

8. EXCEPCIÓN ECUMENICA O GENÉRICA

Tal como lo establece nuestra legislación civil, Señor Juez, al momento de fallar, después de hacer el estudio minucioso del expediente, deberá decretar probada la excepción que hallase en el cuerpo escrito de la demanda, tal y como lo establece el artículo 282 del Código General del Proceso.

OPOSICIÓN A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

1. DICTAMEN PERICIAL

Solicito muy respetuosamente su Señoría, se niegue la prueba pericial solicitada por el apoderado de la parte actora, teniendo en cuenta que de conformidad con el Art. 227 del Código General del Proceso, quien pretende valerse de un dictamen pericial, deberá aportarlo en la respectiva oportunidad procesal, para en el concreto se debió aportar con el escrito de demanda o en su defecto con el escrito de la reforma de la demanda, y no lo hizo.

2. DOCUMENTALES A PEDIR -PRUEBAS DE OFICIO

El apoderado de la parte demandante en su escrito de demanda solicita como prueba que se oficie a la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. para que remita con destino al proceso varios documentos, los cuales están debidamente relacionados en el escrito de la reforma de la demanda en el Capítulo VIII “Petición de pruebas que los actores pretenden hacer valer” numeral 2 “Documentales a pedir”:

Sobre el particular el artículo 173 numeral 2 del C.G.P “Oportunidades Probatorias” reza así:

*“(…) En la providencia que resuelva sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado. **El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente...**” (Subrayado fuera de texto original).*

Lo anterior significa que los demandantes podían tramitar la solicitud de los documentos requeridos a través de derecho de petición dirigido a la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E., y dentro del proceso no se evidencia gestión alguna tendiente a la obtención de dichos documentos, por lo tanto, ruego su Señoría negar la práctica de la prueba de conformidad con el Art.173 numeral 2 C.G.P.

VIII. PRUEBAS

En ejercicio del derecho de contradicción que le asiste a mi representada contra la demanda, solicito al Despacho se sirva decretar y disponer la práctica de las siguientes pruebas:

1. DOCUMENTALES

Solicito muy respetuosamente se tengan como pruebas documentales las siguientes:

1. Correo electrónico de otorgamiento del poder.
2. Poder a mi conferido, por el representante Legal de LIBERTY SEGUROS S.A., junto con el Certificado de Existencia y Representación Legal de LIBERTY SEGUROS S.A. expedido por la Cámara de Comercio y Superfinanciera de Colombia.
3. Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales, Sector Salud No. 438436 y anexos, así como las correspondientes condiciones generales y particulares de la póliza de seguros contratada.
4. Certificación expedida por Liberty Seguros S.A. en la cual se indica que para los hechos que se reclaman en la demanda, no existía póliza vigente con la aseguradora.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito se decrete la práctica de interrogatorio de parte de TODOS los demandantes, a quienes interrogaré sobre los hechos relacionados con el proceso (demanda, contestación, traslados adicionales, entre otros).

3. OFICIOS

Como se interpuso como excepción de mérito la **DISMINUCIÓN O AGOTAMIENTO DE VALOR ASEGURADO** y la única forma de corroborar esta situación es mediante certificación expedida por la misma aseguradora que ha sido llamada en garantía, entre otras cosas porque cualquiera de las indemnizaciones de otros siniestros que hubiesen podido acontecer en la misma vigencia bien podrían ser pagados o desembolsados con posterioridad a la presentación de este escrito de contestación de demanda y llamamiento en garantía, respetuosamente solicito al Despacho que oficie a la sociedad **LIBERTY SEGUROS S.A.**, para que remita con destino al proceso certificación en la cual conste si ha efectuado pagos a terceros en virtud de los hechos objeto del presente litigio, especificando por qué valor hizo el desembolso, la fecha del mismo, el beneficiario y demás informaciones relevantes.

Así mismo que especifique si durante la vigencia de la póliza objeto de la demanda ha habido otros siniestros reportados o incluso ya pagados, conciliados o con sentencia condenatoria en firme, especificando la identidad de las víctimas, el amparo afectado, la fecha de ocurrencia del accidente, el tipo de lesiones o daños, los valores pagados y el estado actual de esas reclamaciones o la proyección o reserva destinada para el efecto.

IX. ANEXOS

Los documentos citados en el acápite de pruebas documentales.

X. NOTIFICACIONES

Mi representada **LIBERTY SEGUROS S.A.** podrá ser notificada por conducto del suscrito abogado, o en la dirección la Calle 72 No.10-07 Piso 7 de la ciudad de Bogotá, D.C., así como también mediante correo electrónico dirigido a la siguiente dirección:

co-notificacionesjudiciales@libertycolombia.com

Me permito informar que recibiré las notificaciones electrónicas y copia de las comunicaciones y memoriales radicados por las otras partes del proceso, mediante correo electrónico dirigido a la siguiente dirección:

camilo.emura.notificaciones@mca.com.co

Así mismo recibiré notificaciones en mi Oficina de Abogado ubicada en la Calle 64 Norte No. 5BN-146 oficina 309 A Centro Empresa, de la ciudad de Cali, **celular 311 7644649**, o en la Secretaría de su Despacho.

Ruego al Despacho, habiendo dado por contestado en tiempo la reforma de la demanda y el llamamiento en garantía realizado por la RED DE SALUD DE LADERA E.S.E., se surta el consecuente trámite de Ley.

Del Señor Juez,



CAMILO HIROSHI EMURA ALVAREZ

C.C. 10.026.578

T.P. 121.708 del C. S de la J.

Señores

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA

E. S. D.

Referencia: **Poder especial**

Proceso: LLAMAMIENTO DE GARANTIA

Demandante: EDWIN DAVID SANCHEZ LAME Y OTROS

Demandados: DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI Y OTROS

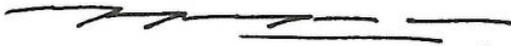
Radicado: 2014-108

MARCO ALEJANDRO ARENAS PRADA, domiciliado en Bogotá, D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 93.236.799 de Ibagué, obrando en calidad de Representante Legal de **LIBERTY SEGUROS S.A.** con NIT. 860.039.988-0 sociedad legalmente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., tal y como consta en certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia adjunto, confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor **CAMILO HIROSHI EMURA ALVAREZ**, domiciliado en Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.026.578 de Cali, portador de la tarjeta profesional No. 121.708 expedida por el C. S. de la J. con correo electrónico camilo.emura.notificaciones@mca.com.co abogado titulado y en ejercicio, para que en nombre y representación de la mencionada aseguradora actúe en este proceso.

El apoderado queda facultado para contestar proponiendo las excepciones de ley que considere del caso, transigir, sustituir, reasumir, conciliar, desistir, recibir (salvo títulos judiciales para lo cual se emitirá poder especial), llamar en garantía, vincular a terceros, interponer recursos, proponer incidentes, solicitar y presentar pruebas, contestar llamamientos en garantía que se originen por los hechos del proceso y en general, todas las actuaciones procesales que sean necesarias para la defensa de los intereses de la compañía, y de manera especial para notificarse del auto admisorio y/o auto que admite llamamiento en garantía.

Solicito Señor Juez, reconocer personería a mi apoderado, en los términos del presente poder.

Otorgo,



MARCO ALEJANDRO ARENAS PRADA

C.C No. 93.236.799 de Ibagué

Acepto,



CAMILO HIROSHI EMURA ALVAREZ

C.C. No. 10.026.578 de Cali

T.P No. 121.708 del C.S.J

| | | | | |
|------|------|--------|-------|--------|
| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
| 015 | LB | 438436 | | 4 |

Referencia de Pago
0020092979300
Bancolombia Convenio 4254



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS,HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

COPIA PAG.: 1

Ciudad y fecha de expedicion

CALI - 2012-12-27

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2012-12-15 00:00.- Hasta:2013-12-14 24.00.

06343 - JUAN PABLO CALDER

Tomador : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: CALI

CALI

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 - 1333-P-06-RC-02

| AMPARO | VR.ASEGURADO | DEDUCIBLE | PRIMA |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|
| RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 500,000,000.00 COP | 10 % Mínimo 2,500,000 Pesos | 16,100,268.00 |

PRIMA: COP 16,100,268.00 GASTOS: IVA: COP 2,576,042 VALOR A PAGAR: 18,676,310

OBJETO DE LA POLIZA:

DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO

POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA A CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD.*COBER

1.-PREDIO LABORES Y OPERACIONES SEGUN FORMA RCHC-01, 2.-RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, 3.- GASTOS DE DEFENSA.*

SUBLIMITES: SUBLIMITE POR EVENTO \$ 250.000.000 EVENTO, SUBLIMITE POR DAÑOS MORALES Y FISIOLOGICOS \$ 125.000.000 EVE \$ 250.000.000 VIGENCIA, SUBLIMITE POR EVENTO PARA GASTOS DE DEFENSA \$25.000.000 EVENTO...\$ 50.000.000 VIGENC

SUBLIMITE POR USO DE EQUIPOS DE RADIOGRAFIAS CON FINES DE DIAGNOSTICO \$ 250.000.000 EVENTO...\$ 250.000.000 VIGE

*EXCLUSIONES: CUALQUIER TIPO DE HURTO, LOS DAÑOS PUROS FINANCIEROS , DAÑO MORAL SIN DAÑO FISICO, ANGUSTIA MENTAL, CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA UTILIZACION DEL BANCO DE SANGRE. DEDUCIBLES: 10% MINIMO \$ 2.500.000...

15% MINIMO 2SMMLV PARA GASTOS DE DEFENSA PROCESO CIVIL. LOS DEMAS TERMINOS CONTINUAN EN IGUALES CONDICIONES.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN LA SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

(ART. 1068. C.Co).

Sucursal SUCURSAL CALI - CARRERA 36 NORTE NO. 6A-65 OF. Tel. 6603050

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: Calle 72 N° 10-07 Piso 8. Bogotá D.C.

QNUZ432YN663UJGT5VZ62JDPBQ=====

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES ACT. ECONOMICA 6601.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

| | | | | |
|------|------|--------|-------|--------|
| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
| 015 | LB | 438436 | | 4 |

Referencia de Pago
0020092979300
Bancolombia Convenio 4254



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS,HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

COPIA PAG.: 2

Ciudad y fecha de expedicion

CALI - 2012-12-27

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2012-12-15 00:00.- Hasta:2013-12-14 24.00. Fecha de Novedad

06343 - JUAN PABLO CALDER

Tomador : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: CALI

CALI

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 - 1333-P-06-RC-02

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra pagina www.libertycolombia.com.co en el Link : Los productos/Generales y Fianzas/Clausulados de Generales/Responsabilidad Civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 01 8000 113390 ó desde Bogotá 307 7050 de Lunes a Sábado de 8 a.m. a 8 p.m. Si lo prefiere escribanos a servicioalcliente@libertycolombia.com

Si usted desea verificar la validez de la póliza recibida por favor comuníquese en Bogotá al 3077050 en resto del país al 018000115569 /018000113390.

TOMADOR

LIBERTY SEGUROS S.A.
Nit.860.039.988-0
Firma Autorizada

QNUZ432YN663UJGT5VZ62JDPEQ=====

| | | | | |
|------|------|--------|-------|--------|
| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
| 015 | LB | 438436 | 1 | 8 |

Referencia de Pago
0020103013900
Bancolombia Convenio 4254



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS,HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

COPIA PAG.: 1

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y fecha de expedicion

CALI - 2014-01-23

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2013-12-14 00:00.- Hasta:2014-12-14 24.00. Fecha de Novedad 2013-12-14 06343 - JUAN PABLO CALDER

Tomador : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: CALI

CALI

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 - 1333-P-06-RC-02

| AMPARO | VR.ASEGURADO | DEDUCIBLE | PRIMA |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|
| RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 500,000,000.00 COP | 10 % Mínimo 2,500,000 Pesos | 35,000,000.00 |

PRIMA: COP 35,000,000.00 GASTOS: IVA: COP 5,600,000 VALOR A PAGAR: 40,600,000

OBJETO DE LA MODIFICACION:

DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO

POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA A CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD.*COBER

1.-PREDIO LABORES Y OPERACIONES SEGUN FORMA RCHC-01, 2.-RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, 3.- GASTOS DE DEFENSA.*

SUBLIMITES: SUBLIMITE POR EVENTO \$ 250.000.000 EVENTO, SUBLIMITE POR DAÑOS MORALES Y FISIOLOGICOS \$ 125.000.000 EVE

\$ 250.000.000 VIGENCIA, SUBLIMITE POR EVENTO PARA GASTOS DE DEFENSA \$25.000.000 EVENTO...\$ 50.000.000 VIGENC

SUBLIMITE POR USO DE EQUIPOS DE RADIOGRAFIAS CON FINES DE DIAGNOSTICO \$ 250.000.000 EVENTO...\$ 250.000.000 VIGE

*EXCLUSIONES: CUALQUIER TIPO DE HURTO, LOS DAÑOS PUROS FINANCIEROS , DAÑO MORAL SIN DAÑO FISICO, ANGUSTIA MENTAL,

CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA UTILIZACION DEL BANCO DE SANGRE. DEDUCIBLES: 10% MINIMO \$ 2.500.000....

15% MINIMO 2SMMLV PARA GASTOS DE DEFENSA PROCESO CIVIL. LOS DEMAS TERMINOS CONTINUAN EN IGUALES CONDICIONES.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN LA SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. (ART. 1068. C.Co).

6WBOSGND6A2RJZXYHS6JOHO4=====

| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
|------|------|--------|-------|--------|
| 015 | LB | 438436 | 1 | 8 |

Referencia de Pago
0020103013900
Bancolombia Convenio 4254



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL CLINICAS,HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

COPIA

PAG.: 2

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y fecha de expedicion

CALI - 2014-01-23

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2013-12-14 00:00.- Hasta:2014-12-14 24.00. Fecha de Novedad 2013-12-14 06343 - JUAN PABLO CALDER

Tomador : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: CALI

CALI

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 - 1333-P-06-RC-02

Sucursal SUCURSAL CALI - CARRERA 36 NORTE NO. 6A-65 OF. Tel. 6603050

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: Calle 72 N° 10-07 Piso 8. Bogotá D.C.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra pagina www.libertycolombia.com.co en el Link : Los productos/Generales y Fianzas/Clausulados de Generales/Responsabilidad Civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 01 8000 113390 ó desde Bogotá 307 7050 de Lunes a Sábado de 8 a.m. a 8 p.m. Si lo prefiere escribanos a servicioalcliente@libertycolombia.com

Si usted desea verificar la validez de la póliza recibida por favor comuníquese en Bogotá al 3077050 en resto del país al 018000115569 /018000113390.

TOMADOR

LIBERTY SEGUROS S.A.

Nit.860.039.988-0

Firma Autorizada

6WBOSGND6A2RJZXYHS6JOHO4=====

| | | | | |
|------|------|--------|-------|--------|
| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
| 015 | LB | 438436 | 2 | 9 |

Referencia de Pago
0020112155500
Bancolombia Convenio 4254



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS,HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

COPIA PAG.: 1

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y fecha de expedicion

CALI - 2014-12-24

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2014-12-14 00:00.- Hasta:2015-12-14 24.00. Fecha de Novedad 2014-12-14 06343 - JUAN PABLO CALDER

Tomador : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: CALI

CALI

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 - 1333-P-06-RC-02

| AMPARO | VR.ASEGURADO | DEDUCIBLE | PRIMA |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|
| RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 500,000,000.00 COP | 10 % Mínimo 2,500,000 Pesos | 60,000,000.00 |

PRIMA: COP 60,000,000.00 GASTOS: IVA: COP 9,600,000 VALOR A PAGAR: 69,600,000

OBJETO DE LA MODIFICACION:

DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO. POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA A CONSECUENCIA DEL EJERCICIO SU ACTIVIDAD.* COBERTURAS 1.-RC PROFESIONAL, 2.-P.L.O SEGUN FORMA RCHC 01,3.- GASTOS DE DEFENSA. * SUBLIMITES: SUBL POR EVENTO \$ 250.000.000, SUBLIMITE PARA DAÑOS MORALES Y FISIOLÓGICOS \$ 125.000.000 EVENTO \$ 250.000.000 VIGEN SUBLIMITE POR EVENTO PARA GASTOS DE DEFENSA \$ 25.000.000 EVENTO \$ 50.000.000 VIGENCIA, SUBLIMITE POR USO EQUIPOS DE RADIOGRAFIAS CON FINES DE DIAGNOSTICO \$ 250.000.000 EVENTO \$ 250.000.000 VIGENCIA. * EXCLUSIONES: *CUALQUIER TIPO DE HURTO, *LOS DAÑOS PUROS FINANCIEROS, *DAÑO MORAL SIN DAÑO FISICO, ANGUSTIA MENTAL, *CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA UTILIZACION DEL BANCO DE SANGRE.*DEDUCIBLES 10% MINIMO \$ 8.000.000, 10% MINIMO 2SMML PARA GASTOS DE DEFENSA PROCESO CIVIL. LOS DEMAS TERMINOS CONTINUAN EN IGUALES CONDICIONES.

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN LA SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. (ART. 1068. C.Co).

Sucursal SUCURSAL CALI - CARRERA 36 NORTE NO. 6A-65 OF. Tel. 6603050

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: Calle 72 N° 10-07 Piso 8. Bogotá D.C.

UDJ65AYRKKQ03WVN3KNRKAJ4E4=====

| | | | | |
|------|------|--------|-------|--------|
| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
| 015 | LB | 438436 | 2 | 9 |

Referencia de Pago
0020112155500
Bancolombia Convenio 4254



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL CLINICAS,HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

COPIA

PAG.: 2

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y fecha de expedicion

CALI - 2014-12-24

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2014-12-14 00:00.- Hasta:2015-12-14 24.00. Fecha de Novedad 2014-12-14 06343 - JUAN PABLO CALDER

Tomador : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: CALI

CALI

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 - 1333-P-06-RC-02

Las condiciones generales de su poliza se pueden descargar de nuestra pagina www.libertycolombia.com.co en el Link : Los productos/Generales y Fianzas/Clausulados de Generales/Responsabilidad Civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 01 8000 113390 ó desde Bogotá 307 7050 de Lunes a Sábado de 8 a.m. a 8 p.m. Si lo prefiere escribanos a servicioalcliente@libertycolombia.com

Si usted desea verificar la validez de la póliza recibida por favor comuníquese en Bogotá al 3077050 en resto del país al 018000115569 /018000113390.

TOMADOR

LIBERTY SEGUROS S.A.
Nit.860.039.988-0
Firma Autorizada

UDJ65AYRKKQ03WVN3KNRKAJ4E4=====

| | | | | |
|------|------|--------|-------|--------|
| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
| 015 | LB | 438436 | 3 | 2 |

Referencia de Pago
0020122680400
Bancolombia Convenio 4254



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS,HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

COPIA PAG.: 1

ANEXO DE RENOVACION

Ciudad y fecha de expedicion

CALI - 2015-12-16

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2015-12-14 00:00.- Hasta:2016-12-13 24.00. Fecha de Novedad 2015-12-14 06343 - JUAN PABLO CALDER

Tomador : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: CALI

CALI

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 - 1333-P-06-RC-02

| AMPARO | VR.ASEGURADO | DEDUCIBLE | PRIMA |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------|
| RESP. CIVIL PROFESIONAL MEDICA | 500,000,000.00 COP | 10 % Minimo 2,500,000 Pesos | 70,000,000.00 |

PRIMA: COP 70,000,000.00 GASTOS: IVA: COP 11,200,000 VALOR A PAGAR: 81,200,000

OBJETO DE LA MODIFICACION:

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE RENUEVA LA VIGENCIA DE LA POLIZA DEL 14 DE DICIEMBRE/2015 AL 13 DE DICIEMBRE/2016 EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS ERRORES Y OMISIONES COMETIDOS POR EL PROFESIONAL MEDICO VINCULADO CON LA INSTITUCION, DENTRO DEL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD MEDICA.

COBERTURAS:

RC PROFESIONAL

P.L.O. SEGUN FORMA RCHC 01

GASTOS DE DEFENSA

SUBLIMITES:

SUBLIMITE POR EVENTO \$250.000.000/EVENTO

SUBLIMITE PARA DAÑOS MORALES Y FISIOLOGICOS: \$125.000.000/EVENTO \$250.000.000/VIGENCIA

SUBLIMITE POR EVENTO PARA GASTOS DE DEFENSA: \$25.000.000/EVENTO \$50.000.000/VIGENCIA

SUBLIMITE POR USO DE EQUIPOS DE RADIOGRAFIAS CON FINES DE DIAGNOSTICO: \$250.000.000/EVENTO \$250.000.000/VIGENCIA

EXCLUSIONES:

CUALQUIER TIPO DE HURTO

LOS DAÑOS PURO FINANCIEROS

DAÑO MORAL SIN DAÑO FÍSICO, ANGUSTIA MENTAL

Y62ESXQYZG4CBCUDZDGPJG3ZYI=====

| Suc. | Ramo | poliza | Anexo | SecImp |
|------|------|--------|-------|--------|
| 015 | LB | 438436 | 3 | 2 |

Referencia de Pago
0020122680400
Bancolombia Convenio 4254



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIONAL CLINICAS,HOSPITALES, SECTOR SALUD - CLAIMS MADE

COPIA

PAG.: 2

Ciudad y fecha de expedicion

CALI - 2015-12-16

Clave Intermediario

Vigencia Desde: 2015-12-14 00:00.- Hasta:2016-12-13 24.00. Fecha de Novedad 2015-12-14 06343 - JUAN PABLO CALDER

Tomador : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Asegurado : RED DE SALUD DE LADERA E.S.E.

Nit.: 805.027.289-9

Direccion : CRA. 24A NO. 4-08

Ciudad:CALI

Telefono:000006020124

Beneficiario: TERCEROS AFECTADOS

Dirección del Riesgo: CALI

CALI

Actividad: HOSPITALES, CLINICAS, INSTITUCIONES DE SALUD

CONDICIONES GENERALES: 26/11/2016 - 1333-P-06-RC-02

CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA UTILIZACION DEL BANCO DE SANGRE

DEDUCIBLES:

AMPARO BASICO: 10% MINIMO \$8.000.000

GASTOS DE DEFENSA: 10% MINIMO 2 SMMLV

MODALIDAD DE COBERTURA: CLAIMS MADE, PERIODO DE RETROACTIVIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRIMERA PÓLIZA EXPEDIDA EN FORMA CONTINUA CON LIBERTY.

NUMERO DE MEDICOS BAJO RELACION LABORAL, DE ACUERDO CON SU ESPECIALIZACION: 168

PERSONAL DE PLANTA: 86

ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN LA SOLICITUD DE SEGURO, LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. (ART. 1068. C.Co).

Sucursal SUCURSAL CALI - CARRERA 36 NORTE NO. 6A-65 OF. Tel. 6603050

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: Calle 72 N° 10-07 Piso 8. Bogotá D.C.

Las condiciones generales de su poliza se pueden descargar de nuestra pagina www.libertycolombia.com.co en el Link : Los productos/Generales y Fianzas/Clausulados de Generales/Responsabilidad Civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 01 8000 113390 ó desde Bogotá 307 7050 de Lunes a Sábado de 8 a.m. a 8 p.m. Si lo prefiere escribanos a servicioalcliente@libertycolombia.com

Si usted desea verificar la validez de la póliza recibida por favor comuníquese en Bogotá al 3077050

en resto del país al 018000115569 /018000113390.

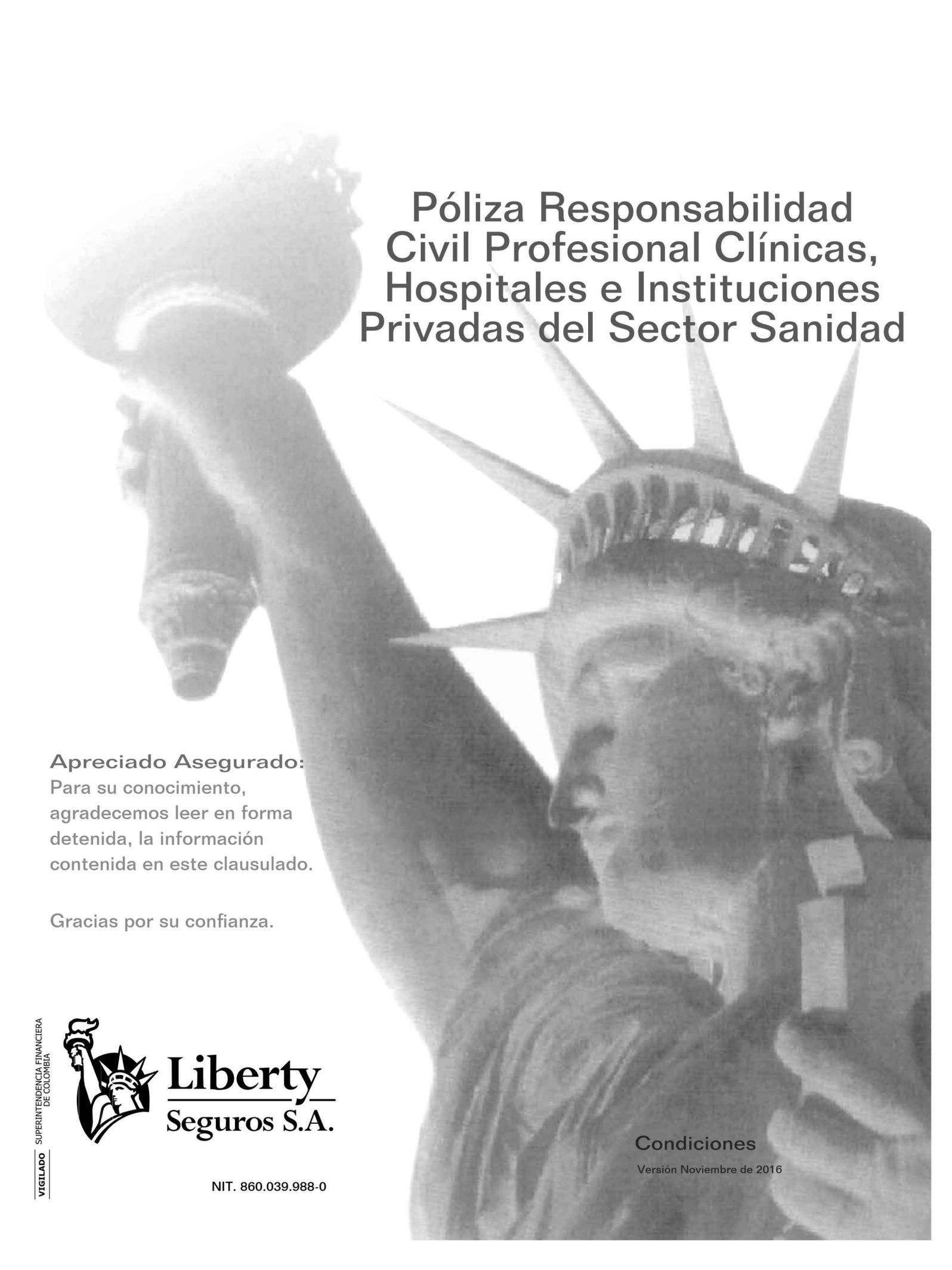
TOMADOR

LIBERTY SEGUROS S.A.

Nit.860.039.988-0

Firma Autorizada

Y62ESXQYZG4CBCUDZDGPJG3ZYI=====



Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones Privadas del Sector Sanidad

Apreciado Asegurado:
Para su conocimiento,
agradecemos leer en forma
detenida, la información
contenida en este clausulado.

Gracias por su confianza.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



Liberty
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

Condiciones

Versión Noviembre de 2016

Póliza Responsabilidad Civil Profesional Clínicas, Hospitales e Instituciones Privadas del Sector Sanidad

Condiciones Generales

LIBERTY SEGUROS S. A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LIBERTY, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES QUE HA HECHO EL TOMADOR/ASEGURADO, QUE SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO Y HACEN PARTE DEL MISMO, CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLÍNICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCIÓN PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS DESCRITOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR ERRORES U OMISIONES CON OCASIÓN DE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

EL ALCANCE GENERAL DE LA COBERTURA ESTÁ DELIMITADO POR LOS SIGUIENTES AMPAROS, QUE APARECEN DEFINIDOS EN LA CLÁUSULA «DEFINICIÓN DE AMPAROS» Y POR LAS EXCLUSIONES PREVISTAS EN LA CLÁUSULA «EXCLUSIONES».

1. AMPAROS

- A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA.
- B. USO DE EQUIPOS Y APARATOS MÉDICOS (POR DECLARACIÓN EXPRESA).
- C. PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES.
- D. GASTOS DE DEFENSA.

2. EXCLUSIONES

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO EN NINGÚN CASO AMPARA NI SE REFIERE A:

- 2.1 RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA / ODONTOLÓGICA, CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPIA.
- 2.2 DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÁN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- 2.3 RECLAMACIONES CONTRA EL ASEGURADO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS O ATENCIÓN POR PERSONAS QUE NO TIENEN UNA RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO O NO ESTÁN AMPARADOS DE ACUERDO CON LA EXTENSIÓN HECHA POR EL AMPARO "A" DE LA DEFINICIÓN DE AMPAROS, EN EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD

CIVIL PROFESIONAL MÉDICA.

- 2.4 RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.
- 2.5 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.6 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A IMPEDIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.
- 2.7 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENOS PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO A UN PACIENTE.
- 2.8 RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.
- 2.9 RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS DEL TIPO VIH.
- 2.10 DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERCEN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.
- 2.11 RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES.
- 2.12 RECLAMACIONES 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.
- 2.13 RECLAMACIONES 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.

- 2.14. PÉRDIDAS OCASIONADAS POR UNA FALLA EN RECONOCIMIENTO ELECTRONICO DE FECHAS YA SEA POR PARTE DE UN EQUIPO O DE UN SOFTWARE.
- 2.15. ACTOS MÉDICOS O HECHOS CONOCIDOS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE PÓLIZA QUE LLEVAN A UNA RECLAMACION DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA (PARA MODALIDAD CLAIMS MADE)
- 2.16. HECHOS O ACTOS MEDICOS RECLAMADOS AL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE LA PRESENTE PÓLIZA (PARA MODALIDAD CLAIMS MADE)
- 2.17. RECLAMACIONES COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA.
- 2.18. ERRORES E INEXACTITUDES DIFERENTES A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD
- 2.19. RC PROFESIONAL DEL ÁREA O ACTIVIDADES NETAMENTE ADMINISTRATIVAS

3. DEFINICIÓN DE AMPAROS

A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

ESTE SEGURO CUBRE LOS PERJUICIOS POR ERRORES U OMISIONES INVOLUNTARIAS QUE EL TOMADOR/ASEGURADO HAYA CAUSADO CON OCASIÓN DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD DE CLÍNICA, HOSPITAL Y/O INSTITUCIÓN PRIVADA DEL SECTOR DE LA SALUD, POR LOS PROFESIONALES VINCULADOS Y/O ADSCRITOS, DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS DESCRITOS EN LA CARÁTULA DE LAPÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

ESTA COBERTURA INCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL TOMADOR/ASEGURADO POR ERRORES U OMISIONES INVOLUNTARIAS COMETIDOS POR EL PERSONAL A SU SERVICIO Y BAJO SU SUPERVISIÓN LEGAL.

IGUALMENTE, BAJO ESTA COBERTURA SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL IMPUTABLE AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE LA SUSTITUCIÓN QUE HAYA HECHO SOBRE OTRO PROFESIONAL DE LA MISMA ESPECIALIDAD SIEMPRE QUE ESTE HAYA CUMPLIDO CON LAS INSTRUCCIONES/ESPECIFICACIONES DADAS POR EL ASEGURADO, NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PROPIA DEL MÉDICO SUSTITUTO.

B. USO DE EQUIPOS Y APARATOS MEDICOS

ESTE AMPARO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LA POSESIÓN O USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPIA, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA.

PARÁGRAFO:

PARA LOS SIGUIENTES APARATOS SE REQUIERE ACUERDO EXPRESO MEDIANTE ANEXO:

1. EQUIPOS DE RADIOGRAFÍA CON FINES DE DIAGNÓSTICO.
2. EQUIPOS DE RAYOS X.
3. EQUIPOS DE TOMOGRAFÍA POR ORDENADOR (SCANNER).
4. EQUIPOS DE RADIACION POR ISÓTOPOS.
5. EQUIPOS DE GENERACIÓN DE RAYOS LASER.
6. EQUIPOS DE MEDICINA NUCLEAR INCLUYENDO LAS MATERIAS RADIOACTIVAS NECESARIAS PARA SU FUNCIONAMIENTO.

LA INCLUSIÓN DE LOS EQUIPOS DESCRITOS ANTERIORMENTE SOLO ES VÁLIDA SI SE ADHIERE A LA PRESENTE PÓLIZA, LA DESCRIPCIÓN E INSTRUCTIVOS DE USO PARA OBLIGARSE A MANTENERLOS EN PERFECTAS CONDICIONES Y EFECTUAR PERIÓDICAMENTE EL MANTENIMIENTO ESPECIFICADO POR EL FABRICANTE.

EL ASEGURADO SE COMPROMETE A CUMPLIR LO SIGUIENTE:

DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO SE COMPROMETE 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 ASÍ MISMO SE COMPROMETE A EJERCER UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD TÉCNICAS, SANITARIAS Y MÉDICAS.

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN DARÁ LUGAR A LAS SANCIONES PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

C. PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

ESTE AMPARO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO POR LOS DAÑOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN, USO DE LOS PREDIOS EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD Y QUE APARECEN DESCRITOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

D. GASTOS DE DEFENSA

ESTE AMPARO CUBRE LAS COSTAS Y GASTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO EN EL PROCESO CIVIL QUE UN PACIENTE O SUS CAUSAHABIENTES, PROMUEVAN EN SU CONTRA POR EVENTOS AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA LIBERTY SOLO RECONOCERÁ COMO HONORARIOS PROFESIONALES, AQUELLOS ESTABLECIDOS EN LAS TARIFAS DEL COLEGIO DE ABOGADOS DE LA RESPECTIVA CIUDAD, PREVIA APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE PACTADO.

4. DEFINICIONES

4.1 ASEGURADO

ES LA PERSONA JURÍDICA QUE BAJO ESTA DENOMINACIÓN FIGURA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

4.2 SINIESTRO

DE ACUERDO CON LA MODALIDAD DEL SEGURO ESPECIFICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PARA LOS AMPAROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, Y EQUIPOS Y APARATOS MEDICOS, SE DEFINE COMO SIGUE:

- 4.2.1. MODALIDAD DE OCURRENCIA: PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO, SE ENTIENDE POR SINIESTRO EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑOSO

POR EL QUE SE LE IMPUTA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL AL TOMADOR/ASEGURADO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y CUYAS CONSECUENCIAS JURÍDICAS SEAN RECLAMADAS AL ASEGURADO O A LIBERTY, POR VÍA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O A MÁS TARDAR DENTRO DE UN PLAZO MÁXIMO DE DOS AÑOS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA TERMINACIÓN DE LA MISMA.

4.2.2. MODALIDAD CLAIMS MADE: PARA LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL SE ENTIENDE POR SINIESTRO COMO EL ACTO MÉDICO O HECHO DAÑOSO POR EL QUE SE LE IMPUTA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O SU PERIODO DE RETROACTIVIDAD Y CUYAS CONSECUENCIAS SEAN RECLAMADAS POR PRIMERA VEZ AL ASEGURADO O A LIBERTY, POR VÍA JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DEL AMPARO DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES, SE ENTIENDE POR SINIESTRO COMO EL HECHO DAÑOSO POR EL QUE SE LE IMPUTA RESPONSABILIDAD AL ASEGURADO, OCURRIDO ÚNICAMENTE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

4.3 DEDUCIBLE

ES LA SUMA QUE HACE PARTE DE LA INDEMNIZACIÓN QUE POR CONVENIO EXPRESO EL ASEGURADO ASUME EN CADA SINIESTRO, SEGÚN LO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EL DEDUCIBLE CONVENIDO TAMBIÉN SE APLICARÁ A LOS GASTOS DE DEFENSA.

4.4 PERIODO DE RETROACTIVIDAD

ES EL PERIODO DE TIEMPO DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD CONSIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA HASTA EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA MISMA. EN ESTE PERIODO O EN LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA DEBIÓ OCURRIR EL ACTO MÉDICO QUE PRODUJO EL HECHO DAÑOSO PARA QUE HAYA COBERTURA DEL MISMO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA.

EN CASO DE QUE NO SE ESCRIBIERE UN PERIODO DE RETROACTIVIDAD EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SE ENTENDERÁ QUE E MISMO ES LA FECHA EN QUE DE MANERA CONTINUA LIBERTY CUBRIÓ AL ASEGURADO BAJO UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EMITIDA ANTERIORMENTE. EN CASO DE QUE SEA LA PRIMERA PÓLIZA QUE DE MANERA CONTINUA EMITIÓ LIBERTY EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD DEBERÁ ENTENDERSE COMO INICIADO A PARTIR DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

4.5 VIGENCIA

ES EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE LAS FECHAS DE INICIACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA PROTECCIÓN QUE BRINDA EL SEGURO LAS CUALES APARECEN SEÑALADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

4.6 TERCERO AFECTADO

ES LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA DAMNIFICADA POR EL HECHO IMPUTABLE AL ASEGURADO QUE GENERE RESPONSABILIDAD CIVIL, DECLARADA DE ACUERDO CON LA LEY, QUE NO TENGA RELACIÓN DIRECTA CON EL ASEGURADO HASTA EN SU CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD O PRIMERO CIVIL, Y TAMPOCO NINGÚN GRADO DE SUBORDINACIÓN O DEPENDENCIA.

4.7 ACTO MEDICO RECLAMADO

RECLAMACIÓN EFECTUADA POR EL PACIENTE AFECTADO SOBRE TODO PROCEDIMIENTO (MÉDICO O QUIRÚRGICO) REALIZADO POR EL MÉDICO QUIEN ACTUÓ BASADO EN SUS CONOCIMIENTOS, ADIESTRAMIENTO TÉCNICO, DILIGENCIA Y CUIDADO PROFESIONAL PARA CURAR O ALIVIAR LA ENFERMEDAD, Y QUIEN ESTA EXENTO DE GARANTIZAR LOS RESULTADOS SI PREVIAMENTE INFORMO AL PACIENTE DE LOS POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS INHERENTES AL MISMO

5. LÍMITES DE LA COBERTURA

5.1 LÍMITE TEMPORAL

SI LA MODALIDAD DEL SEGURO ESPECIFICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA ES CLAIMS MADE, EL PRESENTE SEGURO, NO CUBRE NI SE REFIERE A EVENTOS OCURRIDOS ANTES DEL INICIO DEL PERIODO DE RETROACTIVIDAD, SI APLICASE, O DESPUES DE FINALIZAR LA VIGENCIA DE LA POLIZA POR LOS QUE SE PUEDA IMPUTAR RESPONSABILIDAD CIVIL AL ASEGURADO, AUNQUE LA RECLAMACIÓN POR LAS CONSECUENCIAS SE PRESENTEN DENTRO DE LA VIGENCIA.

5.2 LÍMITE TERRITORIAL

EL PRESENTE SEGURO SE REFIERE ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE A ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL TERRITORIO COLOMBIANO BAJO LEGISLACIÓN Y JURISDICCIÓN COLOMBIANAS.

6. LÍMITE ASEGURADO

ES LA MÁXIMA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR POR CADA SINIESTRO Y POR EL TOTAL DE SINIESTROS QUE PUEDAN OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

LA SUMA CONSIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA CONSTITUYE LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LIBERTY, POR UN EVENTO O POR GASTOS O CUALESQUIERA OTRA CLASE DE DESEMBOLSOS, QUE SE LE CAUSEN CON OCASIÓN DEL SINIESTRO AMPARADO.

LOS SUB-LÍMITES ESTIPULADOS PARA ALGUNOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA NO INCREMENTAN LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DEL ASEGURADO, POR LO TANTO, NO AUMENTAN EL LÍMITE ASEGURADO.

7. PAGO DE LA PRIMA

ES OBLIGACIÓN DEL TOMADOR O ASEGURADO DE LA PÓLIZA, PAGAR DENTRO DEL PLAZO PACTADO Y SEÑALADO COMO FECHA MÁXIMA DE PAGO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS, O CERTIFICADOS EXPEDIDOS CON FUNDAMENTO EN ELLA.

PARAGRAFO - MORA

EL NO PAGO DE LA PRIMA DENTRO DEL PLAZO ESTIPULADO EN ESTA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS O CERTIFICADOS EXPEDIDOS CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO.

8. OBLIGACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

A. COMUNICAR A LIBERTY LA OCURRENCIA DE

CUALQUIER EVENTO QUE PUEDA DAR LUGAR AL PAGO DE INDEMNIZACIÓN BAJO ESTA PÓLIZA, DENTRO DEL TÉRMINO LEGAL DE TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER TAL CIRCUNSTANCIA.

- B. CUANDO OCURRA UN SINIESTRO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, EL TOMADOR/ASEGURADO TIENEN LA OBLIGACIÓN DE EMPLEAR LOS MEDIOS DE QUE DISPONGA PARA IMPEDIR SU EXPANSIÓN O PROGRESO.
- C. ACOMPAÑAR LAS PRUEBAS LEGALES PERTINENTES (DICTÁMENES MÉDICOS, HISTORIAS CLÍNICAS, FACTURAS, ETC.), Y COMUNICAR POR ESCRITO A LIBERTY TODOS LOS DETALLES Y HECHOS, QUE DEMUESTREN PLENAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL TOMADOR/ASEGURADO, LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS, ASI COMO LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

9. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

EL TOMADOR/ASEGURADO O EL TERCERO DAMNIFICADO QUEDARÁN PRIVADOS DE TODO DERECHO PROCEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA EN CASO QUE LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUESE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTE, SI EN APOYO DE ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

10. DERECHOS DE LIBERTY EN CASO DE SINIESTRO

- A. INSPECCIONAR LOS EDIFICIOS, LOCALES O SITIOS EN LOS QUE INCURRIÓ EL SINIESTRO.
- B. COLABORAR CON EL ASEGURADO PARA EVALUAR MÉDICA Y ECONÓMICAMENTE LOS PERJUICIOS EFECTIVAMENTE CAUSADOS Y PARA DETERMINAR LA CAUSA Y CONSECUENCIAS DE LOS MISMOS, PARA LO CUAL LIBERTY SE RESERVA EL DERECHO DE EXAMINAR A LA VÍCTIMA Y DE INGRESAR A LOS PREDIOS ASEGURADOS DESCRITOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EXAMINAR LOS LIBROS Y DEMÁS DOCUMENTOS DEL TOMADOR/ASEGURADO E HISTORIAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON EL RECLAMO.
- C. LAS FACULTADES CONFERIDAS A LIBERTY POR ESTA CONDICIÓN PODRÁN SER EJERCIDAS POR ELLA EN CUALQUIER MOMENTO HASTA TANTO QUE EL TOMADOR/ASEGURADO O LA VÍCTIMA LE COMUNIQUEN POR ESCRITO QUE RENUNCIA Y/O DESISTE DE LA RECLAMACIÓN PRESENTADA JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE.

EL SIMPLE EJERCICIO DE LAS FACULTADES CONFERIDAS A LIBERTY POR LA PRESENTE CONDICIÓN NO SIGNIFICA ACEPTACIÓN DE ALGUNA OBLIGACIÓN PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, NI TAMPOCO DISMINUIRÁ LOS DERECHOS CONTRACTUALES O LEGALES EMANADOS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

11. OPORTUNIDAD PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

LIBERTY PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL TOMADOR/ASEGURADO O LOS CAUSAHABIENTES ACREDITEN LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, SIEMPRE Y CUANDO LIBERTY DENTRO DE ESTE PLAZO, NO HAYA HECHO OBJECIÓN VÁLIDA.

12. RETICENCIA, ERRORES E INEXACTITUDES

EL TOMADOR/ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO O SU AGRAVACIÓN. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDOS POR LIBERTY LA HUBIERAN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO DE SEGURO, DARÁ LUGAR A LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

13. MODIFICACIONES AL ESTADO DE RIESGO

EL ASEGURADO O EL TOMADOR, SEGÚN EL CASO, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO, EN TAL VIRTUD QUE UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A LIBERTY LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL.

LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS A LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO SI ESTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR. SI LE ES EXTRAÑA, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGA CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS CONSIGNADOS EN EL INCISO ANTERIOR, EL ASEGURADOR PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PERO SOLO LA MALA FE DEL TOMADOR/ASEGURADO DARÁ DERECHO A LIBERTY A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

14. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE INDEMNIZACIÓN, LIBERTY SE SUBROGA POR MINISTERIO DE LA LEY Y HASTA LA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS DEL TOMADOR/ASEGURADO CONTRA LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL SINIESTRO. LA RENUNCIA POR PARTE DEL TOMADOR/ASEGURADO A SU DERECHO CONTRA TERCEROS RESPONSABLES DEL SINIESTRO LE ACARREARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN. EN TODO CASO, SI SU CONDUCTA ES DE MALA FE, PERDERÁ EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.

15. REVOCACIÓN

LA PÓLIZA PODRÁ SER REVOCADA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A. CUANDO EL TOMADOR/ASEGURADO SOLICITE POR ESCRITO LA RENOVACIÓN A LIBERTY, EN CUYO CASO COBRARÁ LA PRIMA A PRORRATA PARA EL TIEMPO EN QUE EL SEGURO HA ESTADO VIGENTE, MÁS UN RECARGO DEL 10% DE LA DIFERENCIA ENTRE DICHA PRIMA Y LA ANUAL.
- B. DIEZ (10) DÍAS DESPUÉS QUE LIBERTY ENVÍE AVISO ESCRITO AL TOMADOR/ASEGURADO NOTIFICANDO SU VOLUNTAD DE REVOCAR EL SEGURO, EN ESTE CASO LIBERTY LE DEVOLVERÁ LA PRIMA NO DEVENGADA, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

16. NOTIFICACIONES

EN CUALQUIER DECLARACIÓN QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACIÓN, LA CONSTANCIA DEL ENVÍO DEL AVISO ESCRITO POR CORREO RECOMENDADO O CERTIFICADO, DIRIGIDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA DE LA OTRA PARTE.

TAMBIÉN SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE QUE LA NOTIFICACIÓN HA SIDO FORMALIZADA, LA CONSTANCIA DEL «RECIBIDO», CON LA FIRMA RESPECTIVA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO DE LA PARTE DESTINATARIA.

17. NULIDAD Y TERMINACIÓN

ADICIONAL A LAS CAUSALES ESTABLECIDAS EN LA LEY, ESTE SEGURO SE TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE EN EL MOMENTO EN QUE EL TOMADOR/ASEGURADO SEA LEGALMENTE INHABILITADO PARA EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD Y/O PROFESIÓN.

EN CASO DE QUE LA INHABILIDAD SE REFIERA A UNA O VARIAS PERSONAS VINCULADAS LABORALMENTE O AUTORIZADAS PARA TRABAJAR EN LAS INSTALACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO, EL SEGURO TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE PARA ESTAS PERSONAS, LAS CUALES SE CONSIDERARÁN EXCLUIDAS DE LA COBERTURA.

18. NORMAS SUPLETORIAS

EN TODO LO NO PREVISTO EN LAS ANTERIORES CONDICIONES, SE APLICARÁN LAS NORMAS PERTINENTES DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

19. FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA-SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SE COMPROMETE A CUMPLIR CON EL DEBER DE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES Y EN PARTICULAR CON LO DISPUESTO EN LA PARTE I DEL TÍTULO IV, CAPÍTULO IV DE LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. SI ALGUNO DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CITADO FORMULARIO SUFRE MODIFICACIÓN EN LO QUE RESPECTA A AL TOMADOR/ASEGURADO, ESTE DEBERÁ INFORMAR TAL CIRCUNSTANCIA A LIBERTY, PARA LO CUAL SE LE HARÁ LLENAR EL RESPECTIVO FORMATO. CUALQUIER MODIFICACIÓN EN MATERIA DEL SARLAFT SE ENTENDERÁ INCLUIDA EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

20. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO, SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES EL DOMICILIO PRINCIPAL DE LIBERTY O EL DE SUS SUCURSALES, DEPENDIENDO DEL LUGAR DE CELEBRACIÓN DEL CONTRATO EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

26/11/2016-1333-P-06-RCHC-01
RCHC-01

Impreso por Quad Graphics Colombia S.A.
6024202
REV. 11-2016

Liberty siempre en contacto

World Wide Web

Para obtener mayor información sobre Liberty Seguros, sus productos y sus servicios.

www.libertycolombia.com.co

atencionalcliente@libertycolombia.com

Línea Unidad de Servicio al Cliente

- Consulta de coberturas de la póliza
- Como acceder a sus servicios
- Información de pólizas y productos
- Gestión quejas y reclamos "GQC"



Bogotá

307 7050

Línea Nacional

01 8000 113390

Asistencia Médica Domiciliaria Liberty

- Orientación médica telefónica
- Asistencia médica domiciliaria (médico en casa)
- Traslados médicos de emergencia



Asistencia
Médica
Domiciliaria

Bogotá

644 5450

Línea Nacional

01 8000 912505

Desde su celular marque
#224
opción 3 y luego 1

Línea Saludable

Para autorizaciones de servicios médicos y/o odontológicos



Bogotá

744 0722

Línea Nacional

01 8000 911361

Línea Vital - 24 horas -

Línea de Atención de la Administradora de Riesgos Profesionales - ARP -

En caso de accidente o enfermedad profesional

Línea Vital - 24horas-



Bogotá

644 5410

Línea Nacional

01 8000 919957

Línea de Servicio Exequial

Para solicitar orientación exequial 24 horas al día, 365 días al año en caso de fallecimiento de alguna de las personas aseguradas, llamar a la línea exclusiva.

Línea Exequial



Bogotá

3077007

Línea Nacional

01 8000 116699

Asistencia Liberty

- Asistencia Liberty Auto
- Asistencia Liberty al hogar
- Asistencia Liberty empresarial
- Asistencia a la copropiedad

Desde Bogotá: **6445310**

Línea Nacional gratuita **01 8000 117224**





Señores

JUZGADO TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA

M.P.Dr. Oscar Alonso Valero Nisimblat

E.S.D

Asunto: certificación póliza LB 438436

Liberty Seguros S.A. con NIT 860.0.39.988-0 se permite certificar que RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. Nit 805.027.289-9 tuvo contratada la póliza de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS, HOSPITALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DEL SECTOR LB-438436 con vigencia 15 de diciembre de 2012 a 13 de diciembre de 2016, la cual ampara la responsabilidad civil profesional derivada del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector de la salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos:

| PÓLIZA | INICIO VIGENCIA | FIN VIGENCIA |
|---------------|------------------------|---------------------|
| 438436 | 15/12/2012 | 14/12/2013 |
| 438436 | 14/12/2013 | 14/12/2014 |
| 438436 | 14/12/2014 | 14/12/2015 |
| 438436 | 14/12/2015 | 13/12/2016 |

El asegurado RED DE SALUD DE LADERA E.S.E., no tiene pólizas vigentes con Liberty Seguros S.A. que amparen los hechos que se reclaman en la demanda 14 de enero de 2016.

Cordial saludo,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dada".

Seguros Empresariales

LIBERTY SEGUROS S.A.

Firma Autorizada