

Señores

JUZGADO PRIMERO (1º) CIVIL MUNICIPAL DE NEIVA - HUILA

cmpl01nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 41001-40-03-001-**2024-00541**-00
DEMANDANTE: LUIS FELIPE PERALTA GARCÍA Y OTROS
DEMANDADO: CLÍNICA UROS S.A.S. Y OTRO
LLAMADO EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado General de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT 860.026.182-5, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, donde se observa el mandato general a mi conferido a través de escritura pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 otorgada en la Notaría 29 de la ciudad de Bogotá. Comedidamente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por Luis Felipe Peralta García y otros y en acto seguido a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la Clínica Uros S.A.S. en contra de Allianz Seguros S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I
SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA PARCIAL

Se formula la presente solicitud toda vez que la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 mediante la cual se vincula a mi representada **ALLIANZ SEGUROS S.A.**, mediante llamamiento en garantía, NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL para el caso de marras por cuanto no concurren los elementos de la modalidad **SUNSET** en la que fue pactada, configurándose la carencia de legitimación en la causa por pasiva por parte de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

En este punto, es preciso rememorar que el artículo 278 del Código General del Proceso, que a su tenor literal reza:

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

(...)

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

- 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva **y la carencia de legitimación en la causa.**” (subrayado y negrilla fuera del texto original)”*

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que mi representada expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, vigente entre el 26 de junio de 2018 y el 25 de junio de 2019, la cual se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada *SUNSET*, tal como se ilustra a continuación:

Ambito Temporal

SUNSET

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

Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos:

(i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza, y (ii) **que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza o dentro de los 2 años siguientes a su terminación.** Así quedó expresamente consignado en la póliza:

5. SINIESTRO:

En Modalidad Sunset

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

Así las cosas, debe precisarse desde ya que el contrato de seguro documentado en la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados. En efecto, si bien los hechos materia del litigio habrían ocurrido 04 de marzo de 2019 como lo enuncia el demandante, es decir, dentro de la vigencia de la mentada póliza (26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019.), la reclamación que los demandantes formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S ocurrió el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro ya no se encontraba vigente y cuando se había superado los dos años siguientes a esa terminación.

En consecuencia, solicito se profiera SENTENCIA ANTICIPADA PARCIAL declarando probada la excepción “NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA PACTADA EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022292076/0 Y, POR LO TANTO, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A.”, desestimando así cualquier pretensión a cargo de mi mandante. En atención a lo expuesto, solicito respetuosamente al señor Juez dictar sentencia anticipada.

CAPÍTULO II

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al PRIMERO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo

167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al SEGUNDO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A., En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al TERCERO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho CUARTO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que la Resonancia magnética de rodilla izquierda a la que se hace alusión en el hecho, no contiene un diagnóstico y en su lugar, se hace mención a una “imagen sugestiva”:

- **Resonancia de Rodilla Izquierda – 27 de julio de 2018**

Ligamentos:

Cruzado Anterior: Normal.

Cruzado Posterior: se advierte una alteración en la configuración y en la intensidad de señal del ligamento **cruzado** posterior hacia su porción vertical y en su rodilla, observándose en una imagen **sugestiva** de un split del haz anterolateral y posteromedial, que se asocia a edema del

tejido graso peri-ligamentario y líquido hiperintenso en DPFS y T2, principalmente adyacente hacia la inserción condilar femoral. Su inserción vertical distal parece estar indemne.

Documento: Resonancia de Rodilla Izquierda 27/07/2018- Clínica Uros.
S.A.

Transcripción esencial: “observándose una imagen sugestiva de un Split de haz anterolateral y posteromedial...”

De dicho estudio se emitió una mera opinión por parte de la especialidad de Radiología que de cualquier manera no constituye un diagnóstico final para el paciente y en tal sentido incurre en error la parte demandante.

Frente al hecho QUINTO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que el demandante acudió entre varias a una valoración médica laboral ante su ARL en donde se hicieron las siguientes anotaciones:

- **Valoración médico laboral del 12 de septiembre de 2018**

DATOS DE IMPRESIÓN		
Fecha	Hora	Usuario
12/09/2018	15:50	FAMOLINAR
REGIONAL CUNDINAMARCA		

Empresa: **NASES EST SAS**
 Trabajador: **LUIS FELIPE PERALTA GARCIA**
 Fecha Consulta: **2018/09/12 15:31:28**
 Circunstancias de modo, tiempo y lugar en donde ocurrió el accidente: **2018/07/21 9:15 AM- AL BAJAR DEL FURGÓN DEL CARRO, SE RESBALA Y GOLPEA LA RODILLA PRESENTÓ DOLOR INTENSO Y CAE DEL FURGÓN.**
 Motivo consulta y enfermedad actual: **Naiva, Septiembre 12 de 2018.**
MC control accidente laboral.
 Trabajador de 27 años de edad, trabajador en misión de Nutresa, contratado por NASES, ingreso a laborar 23-10-2018, refiere accidente laboral 21-07-2018, se encontraba en el furgón del vehículo y al bajarse se resbala, presentando golpe en rodilla izquierda, sintió que la rodilla se le gira hacia adentro, presentando dolor intenso en este momento cae del vehículo, presentando trauma en codo derecho. Acudió a Clínica Medilaser por urgencias, donde describen al examen físico dolor a la flexo extensión de rodilla izquierda, escoriación en codo. Solicitan UC ortopedia quien describe rodilla con flexión dolorosa, roce p/ clarte +, dolor en interlínea articular medial, steiman +, no inestabilidad ligamentaria, idx contusión rodilla, solicita RNM, incapacidad por 20 días y control por consulta externa. Actualmente refiere dolor que limita la deambulación y presenta marcha antálgica, al permanecer en una posición prolongada presenta dolor y al caminar refiere inestabilidad. Niega traumas anteriores.
 Inicia controles por Medicina laboral Julio 26 de 2018, se realiza RNM 27-07-2018, en la que se documenta: Ruptura parcial del LCP generando un SLIP de sus haces entre la porción vertical y su rodilla, asociándose a edema peri ligamentario y escaso líquido hiperintenso adyacente. Esguince G III del colateral medial y del retináculo medial, ruptura intrasustancia parcial (interfibrilar) del vasto medial, patrón de contusión ósea en el cóndilo femoral lateral.
 Valorado por Ortopedia el 2 de Agosto de 2018- 02-08-2018- IDX: ESGUINCE Y TORCEDURA QUE COMPROMETE EL LIGAMENTO CRUZADO, describe al EF: Dolor en cara medial punto gaillo con movilidad aceptable, cayón posterior con tope. RNM Lesión parcial del LCP con lesión colateral medial. Solicita valoración por Ortopedia de rodilla.
 Refiere actualmente se encuentra laborando, manifiesta no se cumplen recomendaciones totalmente, manifiesta dolor al finalizar la jornada por que el que ha tenido que consultar por urgencias se ha definido incapacidad de 2 y 4 días respectivamente.
 Ha presentado inestabilidad en la rodilla, refiere ha presentado 2 caídas.
 Ha realizado 11/20 secciones de Terapia física, pero ha incumplido ya que por el trabajo tiene que viajar.
 Tiene consulta programada por ortopedia para el 12-10-2018

Documento: Concepto médico de aptitud laboral 12/09/2018 - ARL AXA Colpatria

Transcripción esencial: "refiere actualmente se encuentra laborando, manifiesta no se cumplen recomendaciones totalmente...(...) Ha realizado 11/20 secciones de terapia física, pero ha incumplido...(.)"

Es de vital importancia poner de presente la conducta del señor Peralta García, la cual claramente influyó en sus condiciones sintomatológicas por cuanto era necesario tratar su patología con una fase inicial de terapias descartándose en principio una intervención quirúrgica como vía de mayor resultado para su recuperación, lo cual exigía entonces que el paciente fuese diligente y responsable con el autocuidado y las propias recomendaciones médicas en pro de su recuperación.

No obstante, del material documental que se encuentra en el dossier se extrae que el señor Peralta García no seguía las recomendaciones médicas, circunstancias que influyó ciertamente en su condición general de salud y sus posibilidades físicas, en especial las que atañen a su extremidad inferior izquierda.

Frente al hecho SEXTO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que las lesiones padecidas por el señor Peralta contaban con una indicación de fisioterapia diaria de rodilla, trabajo sobre tales terapias en casa y un manejo conservador de su extremidad:

- **Valoración por especialidad de Ortopedia – Traumatología del 12 de octubre de 2018**

OBJETIVO - ANALISIS

S: Paciente quien refiere que el 21/07/2018 sufrió resbalón al caer del furgón con trauma en rodilla izquierda sintiendo que se le salió la rodilla y volvió a entrar con dolor severo e imposibilidad para pararse con eema en la rodilla inmediato, no pudo apoyar y acudió a urgencias donde fue valorado y no encuentran fractura por lo cual solicitan resonancia nuclear y viene para valoración y tratamiento de la rodilla, fue incapacitado por 20 días y comenzó a enquistar porque al hacer fuerza siente que se le va la pierna, a veces amanece con al rodilla inflamada se ha caído varias veces y a veces le duele al estirar y al doblarla, de dormido a veces se duele y siente que la rodilla se le zafa un tantico y se queda quieto, al caminar siente que algo le molesta se mantiene en el piso le traquea y se cae, al estar mucho tiempo parado o estarsentado le duele y al girar le duele siente como una yuca que le sale, valorado por ortopedista quien remite a valoración por artroscopia, y la Médica laboral lo reubicó laboralmente pero por no tener cargo le enviaron a trabajar común y corriente, y en el trabajo presenta dolor, traquido e inestabilidad de la rodilla izquierda y se cae frecuentemente porque tiene que estar subiendo y bajando del furgón y entregar mercancía cargando objetos, por lo cual no ha podido trabajar y lo han incapacitado

O: Peso: 91 kilo stlla 178 cms Marcha con leve cojera antalgica izquierda con dolor al relaizra: marcha en punta y talon con deformidad en flexión de la rodilla izquierda con dolor en la musculatura posterior isquiotibiales y a quiles al caminar en talones, y mucha dificultad para caminar, trotar, no hay edema de la rodilla izquierda, dolor retropatelar emdila y aletyral moderado a severo con abstante sensibilidad lo mismo en la inserción proximal del ligamento colateral medial desde el condilo femoral que es lo mas sensible hasta el platillo tibial, con bostezo medial y lateral --, pero dolor al realizarlo, con cajón anterior y posterior --, lachman -- bostezo -- apley -- MCMurray -- pero doloroso, flexiódne 130 gardos y extensión 0 gardos, no deformidad varo o valgo y no hay indicioms clínicos de luxación de rotula o de lesión meniscal o inestabilidad clínica al examen, pero el paciente refiere algun resalto en al rodilla izquierda. Rodilla derecha normal

RNM 27/07/2018 ruptura parcial del ligamento cruzado posterior generando un split entre la porción vertical y su rodilla asociandse a edema operi-ligamentario y escaso liquido hiperintenso adyacente, esguince grado II-III del colateral medial yd el retinaculo medial, ruptura intrasustancial parcial del vasto medial interfibrilar, contusión ósea en condilo femoral lateral

PLAN

Se le explican las lesiones y que en el momento no hay indicación de cirugía y se debe trabajar en forma conservadora en un principio pero si siguen las molestias a pesar del trabajo con fisioterapia puede requerir una artroscopia, pero la resonancia no demuestr lesiones meniscales y clínicamente no hay inestabilidad a pesar de l reporte de la resonancia

Fisioterapia diariamente de la rodilla y debe trabajar en casa lo enseñado

Se recomienda gimnasio, bicicleta, natación para ayudar a recuperar la rodilla

Brace de rodilla con varillas laterales mientras se recupera, su uso debe ser para salir caminar, subir y bajar gradas o en terrenos inestables y se lo debe retirar para hacer ejercicio, y cuando no lo requiera porque puede aumentar la atrofia muscular

Incapacidad por 30 treinta días a partir de la fecha a partir del 19/10/2018 al 17/11/2018 por accidente laboral

control en 1 mes

Profesional: RAUL DARIO RODRIGUEZ ALVIRA
Especialidad: CIRUGIA ARTROSCOPICA
Tarjeta Prof. # 12675/82

Identificación: 1075251278
Nombre: LUIS FELIPE
Apellido: PERALTA GARCIA

Documento: Valoración médica especialidad ortopedia – traumatología – sub especialidad cirugía artroscópica 12/10/2018 - ARL AXA Colpatria

Transcripción esencial: “PLAN Se le explican las lesiones y que en el evento no hay indicación de cirugía y se debe trabajar en forma conservadora en un principio, pero si siguen las molestias a pesar del trabajo con fisioterapia puede requerir una artroscopia, pero la resonancia no demuestra lesiones meniscales y clínicamente no hay inestabilidad a pesar del reporte de la resonancia. Fisioterapia diariamente de la rodilla y debe trabajar en casa lo enseñado. Se recomienda gimnasio, bicicleta, natación para ayudar a recuperar rodilla. (...)”

De la anterior valoración médica se resalta la importancia que tenía para la correcta recuperación del paciente el seguimiento estricto de las indicaciones médicas y el fortalecimiento de su rodilla izquierda con la práctica deportiva sumado a un ajuste de sus labores para cuidar de la misma. Dicha condición goza de especial relevancia, pues, el paciente no se adhirió al tratamiento y recomendaciones impartidas por el personal médico especialista.

Frente al hecho SÉPTIMO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que la parte demandante incurre en error al afirmar que se indicó realizar una intervención quirúrgica en el ligamento que no correspondía. Lo anterior, pues, al persistir dudas sobre la condición del ligamento cruzado del paciente debido a que se mantenía una sospecha de lesión probable de ligamento cruzado, el personal médico y especialista solicitó cirugía artroscópica diagnóstica terapéutica, la cual fue practicada el 04 de marzo de 2019 de la cual emanan múltiples anotaciones y descripciones del procedimiento así:

- **Cirugía del 04 de marzo de 2019**

1 VIA
ABORDAJE INFRAPATELAR, INFRAROTULIANO E INFRA TUBEROSITARIO, DIVULSION, VISUALIZACION DE PATA DE GANSO, IDENTIFICACION DE SEMITENDINOSO Y GRACILIS, TENOTOMIA DE AMBOS TENDONES PARA INJERTO AUTOLOGO, SE PREPARA TENDON CUADRUPLA CON SUTURA ORTHOCORD X 4

VIA 2
ABORDAJES PARA-ROTULIANO EXTERNO, CAPSULOTOMIA, INTRODUCCION DE GUIA Y TROCAR, IRRIGACION DE ARTICULACION CON DOBLE MANGUERA PARA BOMBA DE IRRIGACION, INTRODUCCION DE ARTROSCOPIO, SE OBSERVA OSTEOCONDRIITIS ROTULIANA GRADO 2 DE ROTULA Y DE CONDILO FEMORAL INTERNO, DESGARRO, DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL A NIVEL DE CUERPO, HIPERTROFIA SINOVIAL EN ESCOTADURA FEMORAL Y RUPTURA TOTAL DE LCA, SE REALIZA CONDROPLASTIA POR ABRASION DE ZONA PATELAR Y DE CONDILO FEMORAL. MENISECTOMIA PARCIAL CON PINZA DE BASKET Y REGULARIZACION DE MENISCO LATERAL, CON DOS CUCHILAS DE SHEAVER Y PUNTA DE RADIOFRECUENCIA
3 VIA
ABORDAJE PARA-ROTULIANO INTERNO, CAPSULOTOMIA, INTRODUCCION DE GUIA Y TROCAR, SE INTRODUCE SHEAVER Y PUNTA DE RADIOFRECUENCIA PARA SINOVECTOMIA PARCIAL DE HIPERTROFIA SINOVIAL A NIVEL DE ESCOTADURA FEMORAL, HASTA CONSEGUIR VISION DIRECTA DE HUELLA NATIVA DE INSERCCION DE LCA A NIVEL FEMORAL, SE PROCEDE A REALIZAR TUNEL FEMORAL Y TIBIAL PREVIA COLOCACION DE GUIA CON OJAL Y LUEGO SE PASA INJERTO CUADRUPLA DE STG. SE FDA CON RIDIGLOOP DE 25MM #1 NIVEL FEMORAL Y A NIVEL TIBIAL SE FDA CON TORNILLO MILAGRO 10MM X30 Y GUIA DE NITINOL DE 1.1 MM PREVIA TRACCION DE INJERTO DE LCA.
SE REALIZAN PRUEBAS DE ESTABILIDAD Y VERIFICACION DE AUSENCIA DE PINZAMIENTO
LAVADO DE ARTICULACION , HEMOSTASIA DE TEJIDO SINOVIAL REMANENTE CON PUNTA DE RADIOFRECUENCIA,
CIERRE DE PORTALES CON PUNTOS SIMPLES Y CIERRE DE TOMA DE INJERTO A NIVEL DE TIBIA PROXIMAL POR PLANOS
VENDAJE. INMOVILIZACION CON FERULA

Documento: Descripciones técnicas quirúrgicas 04/03/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “Introducción de artroscopio, se observa osteocondritis rotuliana grado 2 de rótula y de cóndilo femoral interno, desgarro, de menisco medial y lateral a nivel del cuerpo, hipertrofia sinovial en escotadura femoral y ruptura total de LCA (...)”

Tal y como se indica en las notas clínicas del paciente, la solicitud de cirugía artroscópica tenía fines diagnósticos, atendiendo a que subsistían dudas de que el ligamento cruzado posterior estuviese roto y fue entonces en el abordaje quirúrgico del 04 de marzo de 2019 el profesional especialista que adelantó el procedimiento encontró una ruptura total de ligamento cruzado anterior y realizó la corrección respectiva colocando un injerto en el ligamento cruzado anterior y finalizó con las pruebas de estabilidad y verificación de ausencia de pinzamiento. Finalmente, la intervención concluyó de manera exitosa.

Con lo anterior se descarta entonces la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como

diagnóstico del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado anterior. De allí que no haya existido actuación u omisión alguna en cabeza de la Clínica Uros S.A.S. en tanto no existió error de diagnóstico, y mucho menos se operó un ligamento equivocado como afirma la parte activa de la litis, con ello queda sin sustento alguno la tesis de la demanda y deberán negarse las pretensiones.

Frente al hecho OCTAVO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se observa que, la solicitud de cirugía artroscópica tenía fines diagnósticos, atendiendo a que subsistían dudas de que el ligamento cruzado posterior estuviese roto y fue entonces en el abordaje quirúrgico del 04 de marzo de 2019 el profesional especialista que adelantó el procedimiento encontró una ruptura total de ligamento cruzado anterior y realizó la corrección respectiva colocando un injerto en el ligamento cruzado anterior y finalizó con las pruebas de estabilidad y verificación de ausencia de pinzamiento. Finalmente, la intervención concluyó de manera exitosa.

Con lo anterior se descarta entonces la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevó al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como diagnóstico del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado anterior. De allí que no haya existido actuación u omisión alguna en cabeza de la Clínica Uros S.A.S.

Frente al hecho NOVENO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, de las pruebas obrantes en el plenario se puede constatar a partir de las anotaciones de la historia clínica del paciente que el señor Peralta García tuvo una evolución postoperatoria satisfactoria:

- **Consulta médica del 27 de mayo de 2019**

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2019-05-27	09:47 EDER.FLOREZ - EDER ANDRES FLOREZ CHAVEZ ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL ENFERMEDAD ACTUAL : PCTE CON CUADRO CLINICO DE +- 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENT ED ETRANSITO CON POSTERIOR LESION DE EL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON REPACION DE EL MISMO AL MOMENTO PCTE REFIEREW BUENA EVOLUCION MEDICA

Documento: Consulta médica 27/05/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “Pcte con cuadro clínico del +-1 año de evolución caracterizado por accidente de tránsito con posterior lesión del ligamento cruzado anterior con reparación del mismo. Al momento **paciente refiere buena evolución médica.**”

- **Consulta médica del 20 de junio de 2019**

NOTAS CLINICA DE HERIDAS	
FECHA	
2019-06-20	14:34 ALVARO.MARTINEZ - ALVARO FERNANDO MARTINEZ PALENCIA PACIENTE CON BUENA EVOLUCION, SE ORDENA CONTINUAR CON TERAPIA FISICA, SE ORDENA ANTIINFLAMATORIOS Y CONTROL POR ORTOPEDIA EN 1 MES

Documento: Consulta médica 20/06/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “paciente con buena evolución, se ordena continuar con terapia física.”

De las notas anteriores se concluye ciertamente que, el paciente gozó de seguimientos médicos estrictos y adecuados, con un acompañamiento en su evolución postquirúrgica la cual fue conveniente sin que haya existido una manifestación propia del paciente que lleve a considerar lo contrario y como se logra observar de dichas notas clínicas la recomendación médica de continuación con terapia física siempre se mantuvo. No obstante, como se puso de presente al despacho, el paciente no se adhirió a dichas recomendaciones médicas con anterioridad a la realización de la cirugía, lo que se extendió a su vez en su etapa postoperatoria como se consignó en anotaciones clínicas realizadas por personal médico de instituciones ajenas a mi asegurada, de las cuales se extraen anotaciones de atrofia de cuádriceps con indicación de fortalecimiento de cuádriceps para reacondicionamiento de su miembro inferior izquierdo incluyendo terapias para seguir haciendo en su casa.

Frente al hecho DÉCIMO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho DÉCIMO PRIMERO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros

S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, de las piezas documentales que obran en el expediente se encuentra un formulario de calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila con fecha del 15 de octubre de 2020 en donde se emitió un concepto final con valoración del 0,00%.

Frente al hecho DÉCIMO TERCERO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin perjuicio de lo anterior, se hacen afirmaciones en el hecho que carecen de sustento y son totalmente subjetivas.

Frente al hecho DÉCIMO CUARTO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga

establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho DÉCIMO QUINTO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, se pone de presente al despacho que el análisis al que se hace referencia no fue emitido un una Junta debidamente autorizada de conformidad con lo establecido en la ley. Se reitera que, en el expediente se encuentra un formulario de calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila con fecha del 15 de octubre de 2020 en donde se emitió un concepto final con valoración del 0,00%.

Frente al hecho DÉCIMO SEXTO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, se pone de presente al despacho que el análisis al que se hace referencia no fue emitido un una Junta debidamente autorizada de conformidad con lo establecido en la ley. Se reitera que, en el expediente se encuentra un formulario de calificación de la pérdida

de la capacidad laboral y ocupacional emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila con fecha del 15 de octubre de 2020 en donde se emitió un concepto final con valoración del 0,00%.

Frente al hecho DÉCIMO SÉPTIMO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho DÉCIMO OCTAVO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P. y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho DÉCIMO NOVENO: No es un hecho, es una simple manifestación subjetiva que realiza la actora sin fundamentos ni criterios médico – científicos, por lo que no revisten de valor alguno. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, es adecuado precisar al Despacho que en el trámite de conciliación extrajudicial al que se hace referencia no fue convocada Allianz Seguros S.A.

Frente al hecho VIGÉSIMO: Es cierto de conformidad con las documentales que obran en el plenario.

OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS

Frente a la primera pretensión: ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil de las demandadas. Toda vez que en este caso no se probó que la Clínica Uros S.A. ni sus médicos adscritos hayan incumplido con alguna obligación contractual a su cargo. En ese punto debe tenerse en consideración que a quien le asiste la carga de la prueba en el caso de marras es al Demandante, quien no allegó ningún medio de prueba tendiente a acreditar que la entidad médica o sus médicos adscritos incumplieron con su obligación de prestar el servicio médico en debida forma al paciente, por el contrario en la Historia Clínica es posible evidenciar que, la institución asegurada atendió con oportunidad, celeridad y pericia a los requerimientos del paciente, quien fue tratado sin demoras realizando con éxito una intervención quirúrgica el día 04 de marzo de 2019, sin que existan anotaciones en la historia clínica de las cuales pueda emitirse un reproche o que se pueda interpretar como una falencia en la atención médica. Del recuento documental obrante en el plenario se descarta la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica exploratoria del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como se diagnosticó del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado anterior. Por lo indicado, se encuentra probado que la entidad hospitalaria, actuó con el cuidado y diligencia, destinando todos los medios para procurar el bienestar del paciente logrando un egreso en buenas condiciones y con adecuada evolución. Por lo anterior no están llamadas a prosperar las pretensiones de la demanda.

Frente a la segunda pretensión: Si bien en la misma no se hace referencia alguna a ALLIANZ SEGUROS S.A. ME OPONGO a lo pretendido por la parte demandante. A su vez, indistintamente de la existencia o no de una relación contractual entre el señor Álvaro Fernando Martínez Palencia y la Clínica Uros S.A., este último atendió con oportunidad, celeridad y pericia a los requerimientos del paciente, quien fue tratado sin demoras realizando con éxito una intervención quirúrgica el día 04 de marzo de 2019, sin que existan anotaciones en la historia clínica de las cuales pueda emitirse un reproche o que se pueda interpretar como una falencia en la atención médica. Del recuento documental obrante en el plenario se descarta la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como se diagnosticó del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado anterior. Por lo indicado, se encuentra probado que la entidad hospitalaria, actuó con el cuidado y diligencia, destinando todos los medios para procurar el bienestar del paciente logrando un egreso en buenas condiciones y con adecuada evolución. Por lo anterior no están llamadas a prosperar las pretensiones de la demanda.

Frente a la tercera pretensión: Del recuento documental obrante en el plenario se descarta la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación de responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como se diagnosticó del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado anterior. Por lo indicado, no están llamadas a prosperar las pretensiones de la demanda.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE CONDENA

Frente a la primera pretensión: ME OPONGO a la solicitud de pago de cualquier indemnización reclamada por la parte demandante atendiendo a la orfandad probatoria del asunto y que lleve a declarar la existencia de responsabilidad civil en cabeza de las demandadas. No sobra indicar que las pretensiones reclamadas carecen de fundamento y son por demás exorbitantes.

PERJUICIOS PATRIMONIALES

- **Oposición al reconocimiento del LUCRO CESANTE:** ME OPONGO a que se condene a los demandados al pago de suma alguna derivada del lucro cesante solicitado por la parte Demandante, por cuanto, para su reconocimiento resultaba necesario aportar medios probatorios adecuados que permitan pormenorizar a detalle el origen de cada una de las sumas que se enlistan en favor de cada demandante, no obstante, la suma total de \$30.044.344 no se soportó de ninguna forma.

Así, resulta evidente que para reconocer la indemnización del lucro cesante es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse y de otro, que sea susceptible de evaluarse concretamente. Sin que ninguna de esas deducciones pueda estar soportada en simples suposiciones o conjeturas, porque de ser así, se estaría en frente de una utilidad meramente hipotética o eventual, máxime tratándose de una persona que mantuvo una relación laboral determinada por la obra o naturaleza de la labor contratada con pago por horas y sin una duración establecida. En este orden de ideas, es claro que en ningún caso procede el reconocimiento solicitado por la parte Demandante, toda vez que los supuestos perjuicios en los que se fundamentan las pretensiones de la demanda, fueron calculados con base a un supuesto ingreso que no se encuentra sustentado por ninguna prueba idónea.

PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

- **Oposición al reconocimiento del DAÑO MORAL:** ME OPONGO a esta pretensión ante la desmesurada solicitud de perjuicios morales en favor de los demandantes. Lo cual es a todas luces improcedente, puesto que refleja un evidente ánimo especulativo y una errónea tasación de los perjuicios, en tanto que los mismos resultan exorbitantes según los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior, por cuanto la indemnización como forma de reparar en cierta medida a la víctima no debe tener asomo de arbitrariedad, sino que debe obedecer a la evaluación de distintos factores que rodean tanto la ocurrencia del hecho, las condiciones de la propia víctima y la intensidad de las secuelas.

Teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente y contemplando como parámetro y límite que en los casos más graves en los que las personas han quedado en condición de invalidez, la jurisprudencia ha reconocido una indemnización hasta de \$60.000.000 a la víctima directa. Analizando lo anterior, de cara al caso concreto, es claro que, la suma solicitada para Luis Felipe Peralta y alcanza un total de \$33.505.464 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia, máxime, porque en este caso no procede ninguna indemnización al no existir falla médica imputable a Clínica Uros.

- **Oposición al reconocimiento por DAÑO A LA SALUD:** ME OPONGO a que se condene a los demandados al pago de suma alguna por concepto de indemnización por daño a la salud a favor de la parte Demandante. Lo anterior, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la pretensión principal y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo. Además, está pretensión resulta completamente

improcedente toda vez que el daño a la salud en la jurisdicción civil no constituye un daño resarcible. Lo anterior, tal y como lo ha reconocido la Corte Suprema de Justicia en la sentencia del 05 de agosto de 2014.

Frente a la segunda pretensión: ME OPONGO a la solicitud de pago de cualquier indemnización reclamada por la parte demandante atendiendo a la orfandad probatoria del asunto y que lleve a declarar la existencia de responsabilidad civil en cabeza de las demandadas. No sobra indicar que las pretensiones reclamadas carecen de fundamento y son por demás exorbitantes.

PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

- **Oposición al reconocimiento del DAÑO MORAL:** ME OPONGO a esta pretensión ante la desmesurada solicitud de perjuicios morales en favor de los demandantes. Lo cual es a todas luces improcedente, puesto que refleja un evidente ánimo especulativo y una errónea tasación de los perjuicios, en tanto que los mismos resultan exorbitantes según los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior, por cuanto la indemnización como forma de reparar en cierta medida a la víctima no debe tener asomo de arbitrariedad, sino que debe obedecer a la evaluación de distintos factores que rodean tanto la ocurrencia del hecho, las condiciones de la propia víctima y la intensidad de las secuelas.

Teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente y contemplando como parámetro y límite que en los casos más graves en los que las personas han quedado en condición de invalidez, la jurisprudencia ha reconocido una indemnización hasta de \$60.000.000 a la víctima directa. Analizando lo anterior, de cara al

caso concreto, es claro que, la suma solicitada para Joyce Ariana Peralta Mora y alcanza un total de \$33.505.464 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia, máxime, porque en este caso no procede ninguna indemnización al no existir falla médica imputable a Clínica Uros.

Frente a la tercera pretensión: ME OPONGO a la solicitud de pago de cualquier indemnización reclamada por la parte demandante atendiendo a la orfandad probatoria del asunto y que lleve a declarar la existencia de responsabilidad civil en cabeza de las demandadas. No sobra indicar que las pretensiones reclamadas carecen de fundamento y son por demás exorbitantes.

PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

- **Oposición al reconocimiento del DAÑO MORAL:** ME OPONGO a esta pretensión ante la desmesurada solicitud de perjuicios morales en favor de los demandantes. Lo cual es a todas luces improcedente, puesto que refleja un evidente ánimo especulativo y una errónea tasación de los perjuicios, en tanto que los mismos resultan exorbitantes según los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte Demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia. Lo anterior, por cuanto la indemnización como forma de reparar en cierta medida a la víctima no debe tener asomo de arbitrariedad, sino que debe obedecer a la evaluación de distintos factores que rodean tanto la ocurrencia del hecho, las condiciones de la propia víctima y la intensidad de las secuelas.

Teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente y contemplando como parámetro y límite que en los casos más graves en los que las personas han quedado en condición de invalidez, la jurisprudencia ha reconocido una

indemnización hasta de \$60.000.000 a la víctima directa. Analizando lo anterior, de cara al caso concreto, es claro que, la suma solicitada para Keity Thaliana Peralta Mora y alcanza un total de \$33.505.464 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia, máxime, porque en este caso no procede ninguna indemnización al no existir falla médica imputable a Clínica Uros.

Teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente y contemplando como parámetro y límite que en los casos más graves en los que las personas han quedado en condición de invalidez, la jurisprudencia ha reconocido una indemnización hasta de \$60.000.000 a la víctima directa. Analizando lo anterior, de cara al caso concreto, es claro que, la suma solicitada para Joyce Ariana Peralta Mora y alcanza un total de \$33.505.464 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia, máxime, porque en este caso no procede ninguna indemnización al no existir falla médica imputable a Clínica Uros.

Frente a la cuarta pretensión: ME OPONGO a que se condene a las demandadas al pago de cualquier concepto de forma indexada atendiendo a la orfandad probatoria del asunto y que lleve a declarar la existencia de responsabilidad civil en cabeza de las demandadas.

Frente a la quinta pretensión: ME OPONGO a la condena en costas y agencias en derecho, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo de la litis. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte Demandante.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del Art. 206 del CGP¹ y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el Juramento Estimatorio de la Demanda. Lo mencionado, toda vez que se evidencia la ausencia de pruebas que permitan inferir la viabilidad del reconocimiento de las sumas que se indican en dicho acápite en suma de la inclusión de conceptos que obedecen a perjuicios extrapatrimoniales.

Es preciso señalar que, en materia de indemnización de perjuicios, opera el principio de que el daño y su cuantía deben estar plenamente probados para proceder a su reconocimiento, toda vez que al juzgador le está relegada la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio y más aún la magnitud del mismo. En efecto, con miras a la obtención de una indemnización, no basta alegar el supuesto detrimento, por cuanto el mismo no es susceptible de presunción, sino que es obligatorio acreditar debidamente su cuantificación.

En este sentido lo ha indicado la H. Corte Suprema de Justicia, como se expone a continuación:

*“(…) No sobra indicar que la **valoración del juramento estimatorio debe sujetarse a las reglas de apreciación del mismo**, en virtud de las cuales, **no basta con las afirmaciones del demandante, pues es menester de una parte, que las sumas se encuentren señaladas de manera razonada**, y de otra, que de conformidad con la sustancialidad de las formas debe mediar un principio de acreditación, siquiera precario, de cuanto se expresa en él (…). Luego, **si no se tiene prueba del daño**, pues el juramento estimatorio a lo sumo constituye —de ser razonable— prueba de su cuantía, **no se puede reconocer indemnización en los términos***

¹ Código General Del Proceso, Artículo 206: “(…) Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación (…).”

*reclamados por el recurrente, como ocurre en el presente asunto (...)*² (Negrilla por fuera del texto original.)

De acuerdo con el Art. 206 del CGP, la parte demandante deberá indicar en el texto en el cual se hace el juramento estimatorio lo siguiente: 1. Que se afirma bajo la gravedad del juramento; 2. Que se trata de juramento estimatorio; 3. El valor de cada uno de los conceptos, rubros o partidas que componen la indemnización, frutos, mejoras o compensación, en este tipo de escenarios, incluir los conceptos por perjuicios materiales (lucro cesante); 4. El valor total y; 5. Las razones que se tuvo en cuenta para cada uno de los valores asignados, exponiéndolos con precisión, claridad y con fundamento en pruebas.

En el caso que nos convoca, es vital indicar que se no se cumple con el quinto requisito puesto que, si bien expone las razones por las cuales presuntamente se le causaron unos perjuicios materiales y de lucro cesante, sus aseveraciones no fueron respaldadas con medios de prueba suficientes. En efecto, solicitó la actora por concepto de **lucro cesante** la suma de **\$30.044.344**, que según aducen los demandantes emanan de una pérdida de ganancia legítima o de utilidad económica que no se enuncia de la más mínima forma, procediendo a enlistar las sumas pretendidas sin mayor explicación, sustento y mucho menos sin anexar un documento que las soporte ya que no hay prueba del ingreso y sobre todo del nexo causal entre la atención médica y la cesación del puesto de trabajo. Nótese como brilla por su ausencia la sustento sobre los ingresos fijos del demandante, periodos de tiempo o en su defecto cualquier clase de dato que permita acreditar que la cuantificación pretendida para el demandante tiene sentido, sin que deba omitir el despacho que en todo caso no existencia de prueba alguna de la mera existencia de una ganancia percibida por el demandante y que a partir de la misma se pueda desarrollar un cálculo que brinde un valor como el que se pretende sin argumentos.

² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala Penal, Sentencia SP1796-2018/51390 de mayo 23 de 2018. M.P. Dr. Luis Guillermo Salazar Otero

Con lo dicho, es preciso advertir que la estimación de perjuicios realizada por el extremo actor adolece de serios defectos en su liquidación. la estimación de perjuicios liquidada por los demandantes adolece de sendas falencias aritméticas al tomar por ciertos unos ingresos no acreditados, y sin fundamento alguno. Siendo en todo caso preciso advertir que la operación matemática empleada en la demanda desconoce las fórmulas matemáticas empleadas por la H. Corte Suprema de Justicia para la estimación económica de estos perjuicios. En conclusión, las determinaciones arbitrarias de la parte actora para liquidar un perjuicio que hasta esta instancia procesal es inexistente por no estar debidamente probado, sólo revela un afán de lucro injustificado.

De conformidad con lo expuesto, se puede concluir que es evidente que, con las peticiones indemnizatorias por concepto de lucro cesante y daño emergente, indiscutiblemente la actora desea lucrarse, pues la configuración de los presupuestos para el reconocimiento de dichos conceptos no está acreditada en el plenario. Con todo, en el entendido de que las sumas consignadas en el acápite del juramento estimatorio no obedecen a la realidad probatoria allegada al proceso, solicito respetuosamente ordenar la regulación de la cuantía y dar aplicación a lo dispuesto en el inciso primero del Art. 206 del CGP.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI REPRESENTADA.

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

2. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y DE RESPONSABILIDAD, DEBIDO A LA PRESTACIÓN DILIGENTE, OPORTUNA, ADECUADA, CUIDADOSA CARENTE DE CULPA REALIZADA POR LA CLÍNICA UROS S.A.

En el caso que nos atañe, no existe falla médica que se pueda imputar a la Clínica Uros S.A.S., o a sus galenos por la atención médica prestada al señor Luis Felipe Peralta García, dado que el accionar del personal médico fue adecuado y diligente desde su ingreso a las instalaciones de la clínica. Debe aclararse que, la intervención quirúrgica narrada en la demanda, la cual fue programada y realizada el día 04 de marzo de 2019 en la cual se hizo una cirugía artroscópica diagnóstica terapéutica se adelantó con normalidad y fue exitoso conforme se encuentra descrito en las anotaciones de la historia clínica del paciente, de hecho dicho procedimiento era necesario para definir el tipo de afectación del ligamento cruzado que presentó el paciente puesto que con anterioridad los medios imagenológicos no brindaban certeza, por lo tanto lo cierto es que la Clínica Uros a través de sus galenos puso en marcha toda la atención necesaria para tratar al paciente, en consecuencia no hubo error de diagnóstico y mucho menos se operó un ligamento equivocado como lo sostiene el demandante.

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

entidad prestadora de servicios de salud logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

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

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado,** es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica”.³ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).*

Así mismo, la Corte Suprema de Justicia en fallo reciente se pronunció de la siguiente forma:

*“(…) **El médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo;** de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”.⁴ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).*

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente

³ Corte Constitucional, sentencia T-313 de 1996, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016.

ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha sido claro en establecer:

*“De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, lo cual ocurre con intervenciones estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguo, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá la prestación prometida. **Pero si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos** que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de las mismas o las condiciones propias del afectado, entre otros.*

(...)

*El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. **En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre, en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia**, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico”. - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).*

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia de los sujetos que componen el extremo pasivo del litigio, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos

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

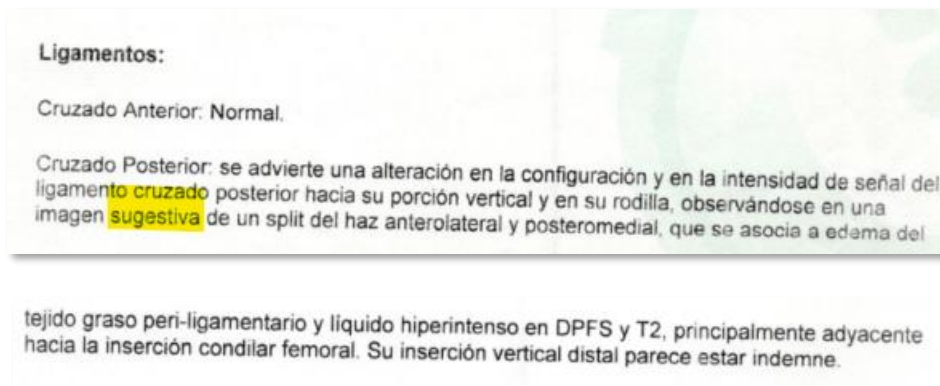
“ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Conforme a lo precitado, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de las Instituciones médicas. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte demandante debe demostrar la configuración de los tres elementos sine qua non para determinar la responsabilidad, esto es (i) La falla, (ii) El daño antijurídico y (iii) El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, lejos de probar el error médico y los tres aspectos anotados con anterioridad, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la atención médica brindada por Clínica Uros S.A.S. y sus galenos quienes brindaron una atención médica diligente en la intervención quirúrgica adelantada el 04 de marzo de 2019, estuvo sujeta a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud al señor Peralta.

Dicho lo anterior, pasamos a referenciar las atenciones dispensadas al paciente entre las cuales se incluyen las de mi asegurada y que se dieron entre los años 2018 y 2019, cuando el señor Peralta

requirió del servicio con ocasión al hecho acaecido en el desarrollo de sus obligaciones laborales, iniciando con la resonancia magnética realizada en sede de mi asegurada Clínica Uros S.A.S.:

- **Resonancia de Rodilla Izquierda – 27 de julio de 2018**



Documento: Resonancia de Rodilla Izquierda 27/07/2018- Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “observándose una imagen sugestiva de un Split de haz anterolateral y posteromedial...”

De dicho estudio se emitió una mera opinión por parte de la especialidad de Radiología que de cualquier manera no constituye un diagnóstico final para el paciente y en tal sentido incurre en error la parte demandante, pues pretende a partir de la misma hacer creer al despacho que al señor Luis Felipe Peralta se le formuló un diagnóstico final que exigía la realización de una reconstrucción de ligamento cruzado anterior, circunstancia que claramente escapa de la realidad y que podrá ser descartada con el desglose de la historia clínica que fue creada en razón de las atenciones dispensadas.

- **Valoración médico laboral del 12 de septiembre de 2018**

DATOS DE IMPRESIÓN		
Fecha	Hora	Usuario
12/09/2018	15:50	FAMOLINAR
REGIONAL CUNDINAMARCA		

Empresa: NASES EST SAS
 Trabajador: LUIS FELIPE PERALTA GARCIA
 Fecha Consulta: 2018/09/12 15:31:28
 Circunstancias de modo, tiempo y lugar en donde ocurrió el accidente: 2018/07/21 9:15 AM- AL BAJAR DEL FURGÓN DEL CARRO, SE RESBALA Y GOLPEA LA RODILLA PRESENTÓ DOLOR INTENSO Y CAE DEL FURGÓN.
 NIT: 830009600
 Documento: 1075251279
 Asistió: SI

Motivo consulta y enfermedad actual: Naiva, Septiembre 12 de 2018.
 MC control accidente laboral.
 Trabajador de 27 años de edad, trabajador en misión de Nutresa, contratado por NASES, ingreso a laborar 23-10-2018, refiere accidente laboral 21-07-2018, se encontraba en el furgón del vehículo y al bajarse se resbala, presentando golpe en rodilla izquierda, sintió que la rodilla se le giro hacia dentro, presentando dolor intenso en ese momento cae del vehículo, presentando trauma en codo derecho. Acudió a Clínica Meditaser por urgencias, donde describen al examen físico dolor a la flexo extensión de rodilla izquierda, escoriación en codo. Solicitan LC ortopedia quien describe rodilla con flexión dolorosa, roce p/ clark +, dolor en interlínea articular medial, steiman +, no inestabilidad ligamentaria, idx contusión rodilla, solicita RNM, incapacidad por 20 días y control por consulta externa. Actualmente refiere dolor que limita la deambulación y presenta marcha antiálgica, al permanecer en una posición prolongada presenta dolor y al caminar refiere inestabilidad. Niega traumas anteriores.

Inicia controles por Medicina laboral Julio 26 de 2018, se realiza RNM 27-07-2018, en la que se documenta: Ruptura parcial del LCP generando un SLIP de sus haces entre la porción vertical y su rodilla, asociándose a edema peri ligamentario y escaso líquido hiperintenso adyacente. Esguince G I/III del colateral medial y del retináculo medial, ruptura intrasustancia parcial (interfibrilar) del vasto medial, patrón de contusión ósea en el cóndilo femoral lateral.
 Valorado por Ortopedia el 2 de Agosto de 2018- 02-08-2018- IDX: ESGUINCE Y TORCEDURA QUE COMPROMETE EL LIGAMENTO CRUZADO, describe al EF: Dolor en cara medial punto galillo con movilidad aceptable, cajón posterior con tope. RNM Lesión parcial del LCP con lesión colateral medial. Solicita valoración por Ortopedia de rodilla.

Refiere actualmente se encuentra laborando, manifiesta no se cumplen recomendaciones totalmente, manifiesta dolor al finalizar la jornada por que el que ha tenido que consultar por urgencias se ha definido incapacidad de 2 y 4 días respectivamente.
 Ha presentado inestabilidad en la rodilla, refiere ha presentado 2 caídas.
 Ha realizado 11/20 secciones de Terapia física, pero ha incumplido ya que por el trabajo tiene que viajar.
 Tiene consulta programada por ortopedia para el 12-10-2018

Documento: Concepto médico de aptitud laboral 12/09/2018 - ARL AXA Colpatria

Transcripción esencial: "refiere actualmente se encuentra laborando, manifiesta no se cumplen recomendaciones totalmente... (...) Ha realizado 11/20 secciones de terapia física, pero ha incumplido... (...)"

Es de vital importancia poner de presente las indicaciones del personal encargado de atender al paciente de manera previa y posterior a la intervención quirúrgica adelantada el 04 de marzo de 2019, atendiendo a que la misma conducta del señor Peralta García influyó en sus condiciones sintomatológicas por cuanto era necesario tratar su patología con una fase inicial de terapias descartándose en principio una intervención quirúrgica como vía de mayor resultado para su recuperación, lo cual exigía entonces que el paciente fuese diligente y responsable con el autocuidado y las propias recomendaciones médicas en pro de su recuperación. No obstante, del material documental que se encuentra en el dossier se extrae que el señor Peralta García no seguía las recomendaciones médicas, circunstancias que influyó ciertamente en su condición general de salud y sus posibilidades físicas, en especial las que atañen a su extremidad inferior izquierda.

- **Valoración por especialidad de Ortopedia – Traumatología del 12 de octubre de 2018**

OBJETIVO - ANALISIS

S: Paciente quien refiere que el 21/07/2018 sufrió resbalón al caer del furgón con trauma en rodilla izquierda sintiendo que se le salió la rodilla y volvió a entrar con dolor severo e imposibilidad para pararse con cema en la rodilla inmediato, no pudo apoyar y acudió a urgencias donde fue valorado y no encuentran fractura por lo cual solicitan resonancia nuclear y viene para valoración y tratamiento de la rodilla, fue incapacitado por 20 días y comenzó a enquistar porque al hacer fuerza siente que se le va la pierna, a veces amaneca con la rodilla inflamada se ha caído varias veces y a veces le duele al estirar y al doblarla, da dormido a veces se duele y siente que la rodilla se le zafa un tantico y se queda quieto, al caminar siente que algo le molesta se mantiene en el piso le traquea y se cae, al estar mucho tiempo parado o estarsentado le duele y al girar le duele siente como una yuca que le sale, valorado por ortopedista quien remite a valoración por artroscopia, y la Médica laboral lo reubicó laboralmente pero por no tener cargo le enviaron a trabajar común y corriente, y en el trabajo presenta dolor, traquido e inestabilidad de la rodilla izquierda y se cae frecuentemente porque tiene que estar subiendo y bajando del furgón y entregar mercancía cargando objetos, por lo cual no ha podido trabajar y lo han incapacitado

O: Peso 91 kilo stlla 178 cms. Marcha con leve cojera antalgica izquierda con dolor al relaizra: marcha en punta y talon con deformidad en flexión de la rodilla izquierda con dolor en la musculatura posterior isquiotibiales y a quiles al caminar en talones, y mucha dificultad para caminar, trotar, no hay edema dela rodilla izquierda, dolor retropatelar emdila y aletyral moderado a severo con abstante sensibilidad lo mamo en la inserción proximal del ligamento colateral medial desde el condilo femoral que es lo mas sensible hasta el platillo tibial, con bostezo medial y lateral --, pero dolor al realizarlo, con cajón anterior y posterior --, lachman -- bostezo -- apley -- MCMurray -- pero doloroso, flexiodne 130 gardos y extensión 0 gardos, no deformidad varo o valgo y no hay indicions clinicos de luxacaciónde rotula o de lesión mensicla o inestabilidad clinica al examen pero el paciente refer algun resalto en al rodilla izquierda. Rodilla derecha normal

RNM 27/07/2018 ruptura parcial del ligamento cruzado posterior generando un split entre la porción vertical y su rodilla asociandse a edema operi-ligamentario y escaso liquido hiperintenso adyacente, esguince grado II-III del colateral medial yd el retinaculo medial, ruptura intrasustancial parcial del vasto medial interfibrilar, contusión ósea en condilo femoral lateral

PLAN

Se le explican las lesiones y que en ele momento no hay indicación de cirugía y se debe trabajar en forma conservadora en un principio pero si siguen las molestias a pesar del travbajo con fisioterapia puede requerir una artroscopia, pero la resonancia no demuestar lesiones mensicales y clinicamente no hay inestabilidad a pesar de l reporte de la resonancia

Fisioterapia diariamente de la rodilla y debe trabajar en casa lo enseñado

Se recomienda gimnasio, bicicleta, natación para ayudar a recuperar la rodilla

Brace de rodilla con varillas laterales mientras se recupera, su uso debe ser parasaír caminar, subir y bajar gradas o en terrenos inestables y se lo debe retirar para hacer ejercicio, y cuando no lo requieraporque puede aumentar la atrofia muscular

incapacidad por 30 treinta días a partir de la fecha a partir del 19/10/2018 al 17/11/2018 por accidente laboral

control en 1 mes

Profesional: RAUL DARIO RODRIGUEZ ALVIRA
Especialidad: CIRUGIA ARTROSCOPICA
Tarjeta Prof. # 12675/82

Identificación: 1075251276
Nombre: LUIS FELIPE
Apellido: PERALTA GARCIA

SUCURSAL
NEIVA

Documento: Valoración médica especialidad ortopedia – traumatología – subespecialidad cirugía artroscópica 12/10/2018 - ARL AXA Colpatria

Transcripción esencial: “PLAN Se le explican las lesiones y que en el evento no hay indicación de cirugía y se debe trabajar en forma conservadora en un principio, pero si siguen las molestias a pesar del trabajo **con fisioterapia puede requerir una artroscopia**, pero la resonancia no demuestra lesiones meniscales y clínicamente no hay inestabilidad a pesar del reporte de la resonancia. Fisioterapia diariamente de la rodilla y debe trabajar en casa lo enseñado. Se recomienda gimnasio, bicicleta, natación para ayudar a recuperar rodilla. (...)”

De la anterior valoración médica se resalta la importancia que tenía para la correcta recuperación del paciente el seguimiento estricto de las indicaciones médicas y el fortalecimiento de su rodilla izquierda con la práctica deportiva sumado a un ajuste de sus labores para cuidar de la misma. Dicha condición goza de especial relevancia pues, el paciente no se adhirió al tratamiento y recomendaciones impartidas por el personal médico especialista.

Posteriormente, al persistir dudas sobre la condición del ligamento cruzado del paciente debido a que se mantenía una sospecha de lesión probable de ligamento cruzado, el personal médico y especialista solicitó cirugía artroscópica diagnóstica terapéutica, la cual fue practicada el 04 de marzo de 2019 de la cual emanan múltiples anotaciones y descripciones del procedimiento así:

- **Cirugía del 04 de marzo de 2019**

1 VIA
ABORDAJE INFRAPATELAR, INFRAROTULIANO E INFRA TUBEROSITARIO, DIVULSION, VISUALIZACION DE PATA DE GANSO, IDENTIFICACION DE SEMITENDINOSO Y GRACILIS, TENOTOMIA DE AMBOS TENDONES PARA INJERTO AUTOLOGO, SE PREPARA TENDON CUADRUPLE CON SUTURA ORTHOCORD X 4

VIA 2
ABORDAJES PARA-ROTULIANO EXTERNO, CAPSULOTOMIA, INTRODUCCION DE GUIA Y TROCAR, IRRIGACION DE ARTICULACION CON DOBLE MANGUERA PARA BOMBA DE IRRIGACION, INTRODUCCION DE ARTROSCOPIO, SE OBSERVA OSTEOCONDRIITIS ROTULIANA GRADO 2 DE ROTULA Y DE CONDILO FEMORAL INTERNO, DESGARRO, DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL A NIVEL DE CUERPO, HIPERTROFIA SINOVIAL EN ESCOTADURA FEMORAL Y RUPTURA TOTAL DE LCA, SE REALIZA CONDROPLASTIA POR ABRASION DE ZONA PATELAR Y DE CONDILO FEMORAL. MENISECTOMIA PARCIAL CON PINZA DE BASKET Y REGULARIZACION DE MENISCO LATERAL, CON DOS CUCHILAS DE SHEAVER Y PUNTA DE RADIOFRECUENCIA
3 VIA
ABORDAJE PARA-ROTULIANO INTERNO, CAPSULOTOMIA, INTRODUCCION DE GUIA Y TROCAR, SE INTRODUCE SHEAVER Y PUNTA DE RADIOFRECUENCIA PARA SINOVECTOMIA PARCIAL DE HIPERTROFIA SINOVIAL A NIVEL DE ESCOTADURA FEMORAL, HASTA CONSEGUIR VISION DIRECTA DE HUELLA NATIVA DE INSERCCION DE LCA A NIVEL FEMORAL, SE PROCEDE A REALIZAR TUNEL FEMORAL Y TIBIAL PREVIA COLOCACION DE GUIA CON OJAL Y LUEGO SE PASA INJERTO CUADRUPLA DE STG. SE FDA CON RIDIGLOOP DE 25MM #1 NIVEL FEMORAL Y A NIVEL TIBIAL SE FDA CON TORNILLO MILAGRO 10MM X30 Y GUIA DE NITINOL DE 1.1 MM PREVIA TRACCION DE INJERTO DE LCA.
SE REALIZAN PRUEBAS DE ESTABILIDAD Y VERIFICACION DE AUSENCIA DE PINZAMIENTO
LAVADO DE ARTICULACION , HEMOSTASIA DE TEJIDO SINOVIAL REMANENTE CON PUNTA DE RADIOFRECUENCIA,
CIERRE DE PORTALES CON PUNTOS SIMPLES Y CIERRE DE TOMA DE INJERTO A NIVEL DE TIBIA PROXIMAL POR PLANOS
VENDAJE. INMOVILIZACION CON FERULA

Documento: Descripciones técnicas quirúrgicas 04/03/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “Introducción de artroscopio, se observa osteocondritis rotuliana grado 2 de rótula y de cóndilo femoral interno, desgarro, de menisco medial y lateral a nivel del cuerpo, hipertrofia sinovial en escotadura femoral y **ruptura total de LCA** (...)”

Tal y como se indicó en las notas clínicas del paciente, la solicitud de cirugía artroscópica tenía fines diagnósticos, atendiendo a que subsistían dudas de que el ligamento cruzado posterior estuviese roto y fue entonces en el abordaje quirúrgico del 04 de marzo de 2019 el profesional especialista que adelantó el procedimiento encontró una ruptura total de ligamento cruzado anterior y realizó la corrección respectiva colocando un injerto en el ligamento cruzado anterior y finalizó con las pruebas de estabilidad y verificación de ausencia de pinzamiento. Finalmente, la intervención concluyó de manera exitosa.

Con lo anterior se descarta entonces la hipótesis a partir de la cual se estructura la imputación De responsabilidad que persigue la actora, entre tanto, en el caso que nos ocupa no existió un diagnóstico inicial de ruptura de ligamento cruzado posterior, pues lo que existió en un primer momento fue una mera opinión que llevo al personal médico a programar la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 y fue en la misma que se pudo establecer y concluir ciertamente como

diagnóstico del señor Luis Felipe Peralta García una ruptura del ligamento cruzado **anterior**. De allí que no haya existido actuación u omisión alguna en cabeza de la Clínica Uros S.A.S.

Así mismo, se puede constatar a partir de las anotaciones de la historia clínica del paciente que el señor Peralta García tuvo una evolución postoperatoria satisfactoria:

- **Consulta médica del 27 de mayo de 2019**

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2019-05-27	09:47 EDER.FLOREZ - EDER ANDRES FLOREZ CHAVEZ ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL ENFERMEDAD ACTUAL : PCTE CON CUADRO CLINICO DE +- 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ACCIDENTE DE TRANSITO CON POSTERIOR LESION DE EL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON REPARACION DE EL MISMO AL MOMENTO PCTE REFIERE BUENA EVOLUCION MEDICA

Documento: Consulta médica 27/05/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “Pcte con cuadro clínico del +-1 año de evolución caracterizado por accidente de tránsito con posterior lesión del ligamento cruzado anterior con reparación del mismo. Al momento **paciente refiere buena evolución médica.**”

- **Consulta médica del 20 de junio de 2019**

FECHA	NOTAS CLINICA DE HERIDAS
2019-06-20	14:34 ALVARO.MARTINEZ - ALVARO FERNANDO MARTINEZ PALENCIA PACIENTE CON BUENA EVOLUCION, SE ORDENA CONTINUAR CON TERAPIA FISICA, SE ORDENA ANTIINFLAMATORIOS Y CONTROL POR ORTOPEDIA EN 1 MES

Documento: Consulta médica 20/06/2019 – Clínica Uros S.A.S.

Transcripción esencial: “paciente con buena evolución, se ordena continuar con terapia física.”

De las notas anteriores se concluye ciertamente que, el paciente gozó de seguimientos médicos estrictos y adecuados, con un acompañamiento en su evolución postquirúrgica la cual fue conveniente sin que haya existido una manifestación propia del paciente que lleve a considerar lo contrario y como se logra observar de dichas notas clínicas la recomendación médica de continuación con terapia física siempre se mantuvo. No obstante, como se puso de presente al despacho, el paciente no se adhirió a dichas recomendaciones médicas con anterioridad a la realización de la cirugía, lo que se extendió a su vez en su etapa postoperatoria como se consignó en anotaciones clínicas realizadas por personal médico de instituciones ajenas a mi asegurada, de las cuales se extraen anotaciones de atrofia de cuádriceps con indicación de fortalecimiento de cuádriceps para reacondicionamiento de su miembro inferior izquierdo incluyendo terapias para seguir haciendo en su casa. De allí que el actuar médico se ajustara a la *lex artis* y en su defecto se pueda concluir que no subsistían condiciones específicas o especiales para que el personal médico encargado extendiera la estancia hospitalaria del paciente y mucho menos se encuentran manifestaciones propias del paciente en donde describa condiciones particulares con posterioridad a la realización de los procedimientos antes descritos.

Del recuento anterior se concluye ciertamente que, se aseguraron los estándares de la más alta calidad para la atención por urgencias y la realización de procedimientos quirúrgicos que requirió el paciente, se brindó la supervisión requerida y se garantizaron los cuidados posteriores, por lo que la atención que se brindó en sede de la Clínica Uros S.A.S. al señor Peralta fue diligente, procurando salvaguardar su salud y su bienestar, sin que pueda relacionarse la conducta médica con un presunto cuadro de disfunción eréctil, del cual en todo caso no obra una prueba concluyente dentro del expediente.

En síntesis, no se puede imputar falla médica alguna a la Clínica Uros S.A.S. ni a sus galenos, por la atención brindada al señor Luis Felipe Peralta García. Desde el momento en que requirió del servicio médico en sede de mi asegurada, el personal médico actuó con diligencia y de manera

adecuada, sin que exista una conducta impropia o ajena a la realidad clínica del paciente que desencadenara en situaciones adversas o secuelas en sus capacidades físicas y vitales, las cuales en todo caso si se llega a constatar que subsisten de alguna forma en la humanidad del demandante, son totalmente ajenas al actuar y control médico.

La complejidad de las condiciones de salud y antecedentes del paciente, incluyendo factores como su pobre adherencia a las recomendaciones médicas y terapias físicas ordenadas no deben dejarse fuera del análisis del caso concreto. No obstante se reitera que las imputaciones que eleva la actora son por demás subjetivas y pretender inducir en error al despacho pues se constata que el diagnóstico que se dio al paciente pudo darse de manera acertada al momento de la realización de la cirugía artroscópica diagnóstica y terapéutica del 04 de marzo de 2019 en donde se logró identificar que el paciente tenía una ruptura total de ligamento cruzado anterior y no una ruptura parcial de ligamento cruzado posterior como erróneamente se plantea en la demanda. Adicionalmente, se tiene que la cirugía realizada concluyó con éxito con una prueba de estabilidad y verificación de ausencia de pinzamiento, continuando el seguimiento médico en consultas postoperatorias para verificar el estado de la paciente y su evolución, sin que se encuentre una manifestación propia del paciente que de cuenta de condiciones extrañas u opuestas a una buena recuperación y contrario a ello dejan en evidencia que el paciente no realizó las terapias físicas requeridas para el fortalecimiento muscular de su extremidad inferior izquierda, la cual ya no contaba con requerimientos quirúrgicos adicionales y solo podía mostrar una completa mejoría si el paciente cumplía con las terapias físicas de fortalecimiento y ajuste en su rol laboral, lo que finalmente no ocurrió y claramente es totalmente ajeno a las demandadas.

En conclusión, del estudio de la historia clínica obrante en el proceso se evidencia claramente que las entidades demandadas obraron con la debida diligencia, oportunidad e idoneidad frente a la atención en salud prestada al paciente Peralta, puesto que se encuentra totalmente probado que los galenos tratantes desplegaron conductas tendientes a darle el manejo adecuado en su etapa preoperatoria y post operatoria. La atención en la Clínica Uros S.A.S. fue adecuada y conforme a

los estándares médicos, considerando las mismas particularidades que tenía el paciente en su momento y que se desarrollan de manera particular en cada paciente. No se evidencia ninguna falla en el servicio de salud que pueda atribuirse a una falta de diligencia o pericia médica y claramente no obra sustento alguno que lleve a considerar que mi asegurada obro de forma omisiva o en su defecto incumplió con los deberes que la ley le ordena, pues no negó la realización de ningún examen o ayuda diagnóstica, monitoreo, procedimiento quirúrgico o seguimiento médico para el señor Peralta, y mucho menos se produjo un error en la realización de la intervención quirúrgica del 04 de marzo de 2019 pues se encontró una ruptura total del ligamento cruzado anterior de su extremidad inferior izquierda y se corrigió exitosamente dicha lesión, lo que desacredita en toda medida las alegaciones de los Demandantes frente a una supuesta responsabilidad por parte de la demandada.

Solicito respetuosamente señor Juez, tener como probada esta excepción

3. INEXISTENTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE EL DAÑO O PERJUICIO ALEGADO POR LA PARTE ACTORA Y LA ACTUACIÓN DE LA CLÍNICA UROS S.A.S.

Se formula esta excepción con el fin de exponer la inexistencia de nexo causal entre las conductas de la Clínica Uros S.A.S. y los supuestos daños ocasionados al señor Luis Felipe Peralta García. En primer lugar, debe decirse que no existe una relación de causalidad entre el perjuicio reclamado por los demandantes, esto es, las presuntas secuelas que presentó el señor Peralta, y la actuación de los médicos de la Clínica Uros S.A.S. Al respecto, vale la pena aclarar que en ningún aparte de la Historia Clínica es posible concluir que las demandadas hayan actuado de forma imprudente o negligente en los servicios médicos prestados al paciente y que por ello se haya producido un supuesto cuadro de pérdida de movilidad, inestabilidad y dolor en su rodilla izquierda.

Ahora bien, la parte Demandante funda el litigio que nos ocupa en la supuesta responsabilidad que

recae en las demandas ante el supuesto cuadro médico de pérdida de movilidad, inestabilidad y dolor en su rodilla izquierda. Sin embargo, el dicho de los demandantes no está sustentado con ningún medio de prueba, máxime si tienen en cuenta que se trata de una persona que no atendió las recomendaciones médicas de manera previa y posterior a la intervención quirúrgica adelantada el 04 de marzo de 2019. Así, ante esta insuficiencia demostrativa deberán despacharse desfavorablemente todas las pretensiones indemnizatorias de la parte Demandante, pues no cumple con demostrar fehacientemente los elementos estructurales de la responsabilidad.

En este punto resulta válido rememorar que la teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la causalidad adecuada. A diferencia de la teoría de la equivalencia de condiciones, en la que simplemente basta aplicar el método de la supresión mental hipotética y determinar si el hecho final se hubiere o no presentado o no con determinada actuación. La teoría de la causa adecuada exige un filtro adicional en el que de esa multiplicidad de causas que se pueden presentar en el mundo fenomenológico que pueden ser condiciones sine qua non, serán relevantes solo aquellas de las que fuera previsible el resultado. Doctrina autorizada y reciente confluye en aseverar que para declarar la responsabilidad es necesaria la concurrencia de tres elementos indispensables, a saber:

*“Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador. El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. **La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto.** Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad.”⁵*

⁵ Patiño, Héctor. “Responsabilidad extracontractual y causales de exoneración. Aproximación a la jurisprudencia del

Esta excepción se funda, además de lo expuesto, en dos elementos esenciales **(i)** No existe en el expediente prueba alguna que pueda acreditar que las presuntas secuelas consistentes en pérdida de movilidad, inestabilidad y dolor en su rodilla izquierda que dice padecer el señor Peralta sean atribuibles a la Clínica Uros S.A.S. **(ii)** A quien le asiste la carga de la prueba en el caso de marras es a la parte Demandante, quien no allegó ningún medio de prueba médico – científico tendiente a acreditar su hipótesis y las mismas secuelas que dice padecer. Así las cosas, toda vez que no existe prueba alguna que acredite relación de causalidad entre el supuesto perjuicio alegado y la actuación de las instituciones prestadoras de salud deben despacharse desfavorablemente las peticiones del accionante.

Por ende, la falencia de ese requisito indispensable destruye cualquier posibilidad de erigir válidamente un cargo de responsabilidad civil contra aquella. En este orden de cosas, es claro, como lo sostuvo el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que en los eventos en que existen diferentes causas de un daño, el compromiso de la responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce. Por eso, la responsabilidad profesional médica no puede deducirse si no cuando proviene y se demuestra que fue generada por el imputado.

Por otro lado, es claro que, primero, está demostrada la plena diligencia, oportunidad y profesionalismo con la que se prestó el servicio médico al paciente; en segundo lugar, se destinaron todos los medios para para procurar el bienestar del señor Peralta, pues se suministraron los medios, insumos, y herramientas para que el demandante estuviera en óptimas condiciones, lo que nos lleva a concluir que por ningún motivo puede atribuirse responsabilidad alguna a la entidad hospitalaria, dado que, la entidad hospitalaria actuó de conformidad con la lex artis.

Además, tal y como se evidencia en la Historia Clínica, no hay evidencia que indique que la

Consejo de Estado colombiano". Revista Derecho Privado N14. Universidad Externado de Colombia. 2008

intervención realizada el 04 de marzo de 2019 y las atenciones médicas de evolución post operatoria realizadas en sede de mi asegurada hayan sido desencadenante en condiciones de salud adversas o no llevaron a la mejoría del paciente. Los registros médicos documentan que no se observaron signos específicos de alarma. Estas medidas demuestran el compromiso del equipo médico quien busco permanentemente el bienestar del paciente, conforme a los estándares de la **lex artis**.

En conclusión, bajo ninguna circunstancia existió actuación negligente o en su defecto se observaron condiciones adversas en razón a la intervención quirúrgica adelantada el 04 de marzo de 2019 en la cual no existió error alguno al intervenir adecuadamente el ligamento que presentaba ruptura (anterior) o en su defecto las atenciones médicas postoperatorias dispensadas por la Clínica Uros S.A.S. al señor Luis Felipe Peralta García, pues la institución asegurada efectuó los procedimientos, y exámenes clínicos así como diagnósticos requeridos para procurar el bienestar del paciente. En ese orden de ideas, resulta claro que no se generó daño alguno o en su defecto no desencadenó del actuar médico alguna de las secuelas que se describen en la demanda como lo son la presunta pérdida de movilidad, inestabilidad y dolor rodilla izquierda. De modo que, al no acreditarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre la conducta de las demandadas y la muerte del paciente no resulta posible la declaratoria de responsabilidad.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

4. INCUMPLIMIENTO DE LAS CARGAS QUE TRATA EL ARTICULO 167 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO.

En los hechos y las pretensiones de la demanda, la parte demandante pretende endilgarle una responsabilidad al extremo pasivo puesto que, según su dicho, las consecuencias de los

procedimientos quirúrgicos que se le tuvieron que practicar, atienden al actuar negligente de las demandadas. Sin embargo, dichas alegaciones no tienen sustento probatorio alguno en el plenario del proceso, pues no se aporta ninguna prueba adicional a la Historia Clínica de la cual se desprende que la Clínica Uros S.A.S. y el Dr. Álvaro Fernando Martínez Palencia actuaron en cumplimiento de la *lex artis*. Lo que no debe perderse de vista por el juzgador, puesto que, ante el incumplimiento de la carga probatoria que recaía en los actores, es jurídicamente improcedente declarar una responsabilidad.

Así las cosas, para el caso concreto no podría endilgarse ningún tipo de responsabilidad al extremo pasivo, puesto que en ningún momento se ha demostrado mediante prueba o elemento de juicio suficiente, que el presunto daño sufrido por los demandantes con ocasión a los procedimientos adelantados al señor Luis Felipe Peralta García y que tengan como hecho generador alguna conducta de la IPS y el galeno demandados. Ello por cuanto es claro que la carga de la prueba relativa a los elementos de la responsabilidad recae sobre la demandante, por cuanto su mero dicho no constituye medio de prueba que demuestre las circunstancias referidas en su libelo demandatorio. Así lo ha confirmado la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades, específicamente en sentencia del 01 de junio de 2016 en la que dispuso:

*“Planteadas así las cosas, debe decirse que no es cierto lo manifestado por el recurrente en el sentido de que en este asunto la parte actora estaba relevada por completo de la carga de la prueba, habida cuenta que es sabido que quien pretende un derecho tiene la carga de alegar y probar los hechos que lo producen, pues **«De antaño se ha considerado como principio universal en cuestión de la carga probatoria, que quien afirma una cosa es quien está obligado a probarla, obligando a quien pretende o demanda un derecho, que lo alegue y demuestre los hechos que lo gestan o aquellos en que se funda»**, desplazándose la carga de la prueba a la parte contraria cuando se opone o excepciona aduciendo en su defensa hechos que requieren igualmente de su comprobación, debiendo desvirtuar*

la prueba que el actor haya aportado como soporte de los supuestos fácticos propios de la tutela jurídica efectiva del derecho reclamado”⁶ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

De modo que, ante la ausencia de prueba de este elemento esencial que se encontraba en cabeza del actor, no procede declaratoria de responsabilidad alguna contra el extremo pasivo. Pues es claro que no podrá entenderse probada la responsabilidad con el mero dicho de la demandante, sin que medie ninguna prueba que acredite fehacientemente que el daño que alegan en este proceso haya acaecido como consecuencia de acción u omisión de las demandadas. Lo anterior ha sido decantado por la Corte Suprema de Justicia en distintas ocasiones, tal como lo rememoró el Tribunal Superior de Bogotá en sentencia del 18 de mayo de 2011, en la que expuso:

“La Corporación recordó que es necesario que se allegue el material respectivo, sin que las afirmaciones que se realicen por el interesado, sean suficientes para ello, pues, con arreglo al principio universal de que nadie puede hacerse su propia prueba, una decisión no puede fundarse exclusivamente en lo que una de las partes afirma a tono con sus aspiraciones. Sería desmedido que alguien pretendiese que lo que afirma en un proceso se tenga por verdad, así y todo sea muy acrisolada la solvencia moral que se tenga. De ahí que la Corte Suprema de Justicia haya dicho en un importante número de veces que es principio general de derecho probatorio y de profundo contenido lógico, que la parte no puede crearse a su favor su propia prueba. Quien afirma un hecho en un proceso tiene la carga procesal de demostrarlo con alguno de los medios que enumera el artículo 175 del Código de Procedimiento Civil, con cualesquiera formas que sirvan para formar el convencimiento del Juez. Esa carga... que se expresa con el aforismo onus probandi incumbit actori no existiría,

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Laboral. M.P. Gerardo Botero Zuluaga. SL11325-2016, sentencia del 01 de junio de 2016.

si al demandante le bastara afirmar el supuesto de hecho de las normas y con eso no más quedar convencido el Juez”⁷ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Así las cosas, para el caso concreto no podría endilgarse ningún tipo de responsabilidad al extremo pasivo, puesto que en ningún momento se ha demostrado mediante prueba o elemento de juicio suficiente, que el daño que alegan los actores en este proceso haya acaecido como consecuencia de acción u omisión de las demandadas, en particular, de la llamante en garantía. Por el contrario, pretende que se reconozca una responsabilidad basada en sus meras afirmaciones que no se encuentran soportadas en ningún caso, por cuanto al plenario no se aportó siquiera prueba documental diferente a la Historia Clínica, que permita acreditar que las circunstancias en que se produjo las supuestas afecciones del paciente ocurrieran bajo las condiciones que se exponen en la demanda.

En conclusión, deberá tenerse como probada esta excepción, teniendo en cuenta que en este caso concreto no existe ninguna prueba que acredite el dicho de la parte demandante, es decir, no hay prueba alguna que demuestre que el supuesto daño del señor Luis Felipe Peralta García sea consecuencia de algún a conducta imputable a las demandadas. Lo que de contera implica que resulte imposible jurídicamente declarar la responsabilidad en cabeza del extremo pasivo, pues no existe prueba de tal circunstancia. En ese sentido, al no existir prueba del hecho generador, no es dable endilgar ningún tipo de responsabilidad a la demandada.

Por lo anterior, solicito señor Juez tenga como probada esta excepción.

5. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL LUCRO CESANTE

Si se revisa el acápite de pretensiones de la demanda la parte demandante se limita a definir

⁷ Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil. Expediente 11001 31 03 034 2005 00293 de 2011.

brevemente el concepto de lucro cesante y procede a enlistar las sumas que alcanza un total de \$30.044.344 aun cuando no se encuentra el más mínimo sustento del origine de dichas sumas, máxime teniendo en cuenta que los valores que por concepto de salario se utilizan para fijar el cálculo de lucro cesante nacen de meras hipótesis carentes de sustento, atendiendo a que se aporta con la demanda un contrato de trabajo con duración determinada por obra o naturaleza de la labor contratada en la que fungió como trabajador en misión en el año 2017 con un pago por horas, de las cuales brilla por su ausencia cualquier sustento que acredite el número de horas trabajadas y la duración de la labor, lo que deja en el aire el concepto que se pretende y deja dicho cálculo en un valor presuntivo, subjetivo e incierto. Por lo tanto, no hay nexo causal entre la supuesta perdida del empleo o cesación de las actividades y la atención médica. Además, el dictamen de PCL carece de peso probatorio porque está sujeto a contradicción, máxime cuando el demandante había sido valorado por la junta regional de calificación invalidez quien lo calificó con un 0% de PCL.

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

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

(...) en cuanto perjuicio, el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual. (...) Vale decir que el lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afina en una situación real, existente al momento del evento dañoso, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente (...)

*Por último, están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables.*⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así, resulta evidente que para reconocer la indemnización del lucro cesante es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse y de otro, que sea susceptible de evaluarse concretamente. Sin que ninguna de esas deducciones pueda estar soportada en simples suposiciones o conjeturas, porque de ser así, se estaría en frente de una utilidad meramente hipotética o eventual.

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

⁸ Corte Suprema de Justicia. Sentencia Radicado 2000-01141 de 24 de junio de 2008.

posibilidad cierta de percibirlos. En dicho pronunciamiento se manifestó literalmente lo siguiente:

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

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

Entonces, resulta oportuno recoger la jurisprudencia en torno a los parámetros empleados para la indemnización del lucro cesante y, en su lugar, unificarla en orden a establecer los criterios necesarios para: i) acceder al reconocimiento de este tipo de perjuicio y ii) proceder a su liquidación.

La precisión jurisprudencial tiene por objeto eliminar las presunciones que han llevado a considerar que la indemnización del perjuicio es un derecho que se tiene per se y establecer que su existencia y cuantía deben reconocerse solo: i) a partir de la ruptura de una relación laboral anterior o

de una que, aun cuando futura, era cierta en tanto que ya estaba perfeccionada al producirse la privación de la libertad o ii) a partir de la existencia de una actividad productiva lícita previa no derivada de una relación laboral, pero de la cual emane la existencia del lucro cesante.⁹

(subrayado y negrilla fuera del texto original)

Este pronunciamiento entonces excluye posibilidad alguna de que se reconozca lucro cesante a una persona que, aunque esté en edad productiva, no acredite los ingresos percibidos por el efectivo desarrollo de una actividad económica, por contrariar el carácter cierto del perjuicio, siendo entonces una utilidad meramente hipotética o eventual. En este orden de ideas, es claro que en ningún caso procede el reconocimiento solicitado por la parte Demandante, toda vez que los supuestos perjuicios en los que se fundamentan las pretensiones de la demanda, fueron calculados con base a un supuesto ingreso que no se encuentra sustentado por ninguna prueba idónea.

De lo anterior es preciso resaltar que no existe prueba de los valores que se enuncian frente al demandante y vagamente se describen los mismos para obtener la suma total de \$30.044.344 sin que exista la más mínima prueba de su origen. De modo que siguiendo los derroteros jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia, ante la ausencia de certeza del lucro, es decir, la existencia real, tangible y no meramente hipotética o eventual, es improcedente el reconocimiento de indemnización por esta tipología de perjuicios. Máxime, cuando en este proceso no se encuentra demostrada la actividad económica que desempeñaba el señor Luis Felipe para el momento de los hechos en los términos que se describen en la demanda y mucho menos el presunto ingreso percibido para la época poniendo de presente el pago por horas que se presentaba.

De modo que, siguiendo los derroteros jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia, ante la ausencia de certeza del lucro, es decir, la existencia real, tangible y no meramente hipotética o eventual, es improcedente el reconocimiento de indemnización por esta tipología de perjuicios.

⁹ Consejo de Estado. Sentencia No. 44572 del 18 de julio de 2019. Sección Tercera, M.P. Carlos Alberto Zambrano. Providencia

Dicho de otra manera, la certificación aportada con el escrito de demanda no reviste de ningún valor probatorio para acreditar el lucro cesante. Por el contrario, demuestran que no existe certeza sobre la existencia de un lucro. En tal virtud, ante la ausencia de prueba del lucro, claramente deberá denegarse totalmente esta pretensión incluida en la demanda.

De las exposiciones anteriores podemos concluir que no hay prueba alguna del desarrollo de una actividad productiva con los ingresos que se presumen en el cálculo de pretensiones contenidas en la demanda. A su vez, no se encuentran en el escrito de demanda cuáles fueron las fórmulas aritméticas para el cálculo de este lucro, lo que nos lleva a calificar las sumas como un cálculo especulativo sin ningún fundamento y valor para el caso.

En conclusión, al no encontrarse en este proceso prueba idónea que acredite los ingresos percibidos y la presunta pérdida que sufrió el demandante como consecuencia del daño, no es procedente el reconocimiento del Lucro Cesante. En consecuencia, no hay lugar a que el Despacho proceda con el reconocimiento de indemnización a título de Lucro Cesante para el grupo demandante. Lo anterior, habida cuenta que, por no encontrarse probado un factor determinante para el reconocimiento de esta tipología de perjuicios, su reconocimiento es a todas luces improcedente por ausencia de pruebas que acrediten los ingresos de los demandantes, la actividad económica desarrollada por cada uno y la presunta pérdida de una ganancia legítima como se describe vagamente en la demanda. En ese sentido, es claro que las pretensiones encaminadas a obtener un reconocimiento por estos conceptos no están llamadas a prosperar, puesto que no siguen los lineamientos jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia, en cuanto a la existencia real, tangible y no meramente hipotética o eventual del Lucro Cesante.

Por todo lo anterior, solicito señor juez tener por probada esta excepción.

6. TASACIÓN EXORBITANTE DEL DAÑO MORAL

En el proceso de la referencia no es procedente el reconocimiento de perjuicios a título de daño moral, por cuanto la Clínica Uros S.A.S. ni los galenos por medio de los cuales fue atendido en diferentes IPS, no negaron la prestación del servicio de salud al señor Luis Felipe Peralta García ni mucho menos incurrieron en algún tipo de error o negligencia de la que pudiese desprenderse su responsabilidad. Razón por la cual, la suma solicitada no puede ser reconocida, incluso, en el remoto evento en que se llegase a demostrar la presunta responsabilidad endilgada al extremo pasivo.

Ahora bien, pese a la evidente falta técnica en la solicitud de este perjuicio, debe ponerse de presente que cualquier reconocimiento por este concepto resulta improcedente. En principio, los perjuicios extrapatrimoniales por concepto de daño moral que pretende la parte Demandante resultan a todas luces improcedentes. Lo anterior, bajo el entendido de que la indemnización del daño moral solo procede cuando existe responsabilidad del Demandado y como quiera que en este caso no existe tal responsabilidad, claramente no hay lugar a su reconocimiento.

La Corte Suprema de Justicia a través de sus múltiples pronunciamientos, tal y como en sentencia de 18 de septiembre de 2009, se reiterando el criterio del arbitrio judicial para el establecimiento de la cuantía del daño moral así:

"En el empeño de encarar directamente el asunto, la Sala precisa que, para la valoración del quantum del daño moral en materia civil, estima apropiada la determinación de su cuantía en el marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador.

*"Por consiguiente, la Corte itera que la reparación del daño causado y todo el daño causado, cualquiera sea su naturaleza, patrimonial o no patrimonial, es un derecho legítimo de la víctima y en asuntos civiles, la determinación del monto del daño moral como un valor correspondiente a su entidad o magnitud, es cuestión deferida al prudente arbitrio del **juzgador según las circunstancias propias del caso concreto y los elementos de convicción.***

*"Al respecto, «dentro de cualquier proceso que se surta ante la administración de justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas, **atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales**» (ley 446 de 1998, art. 16; cas. div. sents. de 3 septiembre 1991, de 5 noviembre 1998 y 1° abril 2003), es decir, se consagra el resarcimiento de todos los daños causados, sean parabiniales, ora extramatrimoniales, aplicando equidad que no equivale a arbitrariedad ni permite <valoraciones manifiestamente exorbitantes. s al contrario inicuas y desproporcionadas en relación con los perjuicios Moridos (FLAVIO PECCENINI, Laoliden relación con los ralen TOMATERI, BONA, OLIVA, PECCENINI, quidazione del danno persona Torino, 2000, págs. 108 y ss"*

En este estadio de las cosas es necesario que el Despacho analice que la indemnización como forma de reparar en cierta medida a la víctima no debe tener asomo de arbitrariedad sino que debe obedecer a la evaluación de distintos factores que rodean tanto la ocurrencia del hecho, las condiciones de la propia víctima y la intensidad de las secuelas. Frente a ello es pertinente recordar los elementos que la Corte Suprema ha precisado para tal fin:

"La tasación de este tipo de perjuicios extrapatrimonial [refiriéndose al daño moral] se encuentra confiada al arbitrio del juzgador, que debe determinar en cada caso

“las condiciones personales de la víctima, apreciadas según los usos sociales, la intensidad de la lesión, la duración del perjuicio, entre otras situaciones que el juez logre advertir para la determinación equitativa del monto del resarcimiento¹⁰”. (énfasis y corchetes añadidos)

Por lo anterior emerge con claridad que no puede considerarse antojadizo el rubro indemnizatorio toda vez que de manera clara debe valorarse cuales son las repercusiones que para la víctima y demás reclamantes comportó el presunto hecho lesivo, la temporalidad de la lesión, la temporalidad de las secuelas, la afectación emocional en desarrollo de sus actividades diarias y no puede de ninguna manera rebasar los límites indemnizatorios que a través de la jurisprudencia se han establecido, pues recuérdese que la intención de tal indemnización nunca podrá ser enriquecer a la víctima. Frente a este tópico se hace necesario indicar como la Corte Suprema ha recordado la intención meramente indemnizatoria que reviste cualquier orden de pago bajo este perjuicio reclamado, veamos:

*La valoración del daño moral subjetivo, por su carácter inmaterial o extra patrimonial, se ha confiado al discreto arbitrio de los falladores judiciales. **Esto, por sí, lejos de autorizar interpretaciones antojadizas, les impone el deber de actuar con prudencia, valiéndose de los elementos de convicción que obren en el plenario y atendiendo la naturaleza del derecho afectado y la magnitud del daño.***

Esta clase de daño, se ha dicho, “incide en la órbita de los afectos, en el mundo de los sentimientos más íntimos, pues consiste en el pesar, en la aflicción que padece la víctima por el comportamiento doloso o culposos de otro sujeto, por cuanto sus efectos solamente se producen en la entraña o en el alma de quien lo padece, al margen de los resultados que puedan generarse en su mundo exterior, pues en éstos consistirían los perjuicios morales objetivados¹¹” (subrayado y

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC780-2020, M.P. Ariel Salazar Ramirez

¹¹ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC4703-2021, Radicación: 11001-31-03-037-2001-01048-01, M.P. Luis Armando

negrilla fuera del texto original)

(...)

“La reparación debe procurar una relativa satisfacción para no dejar incólume o impune la agresión; sin que represente una fuente de lucro injustificado que acabe desvirtuando la función asignada por la ley. Es posible establecer su quantum, sostuvo recientemente la Sala, «en el marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador¹².

Al juez, por tanto, le corresponde fijar el perjuicio extrapatrimonial, pero las bases de su razonamiento no deben ser arbitrarias. Se trata, sostuvo la Sala, «de una deducción cuya fuerza demostrativa entronca con clarísimas reglas o máximas de la experiencia de carácter antropológico y sociológico, reglas que permiten dar por sentado el afecto que los seres humanos, cualquiera sea su raza y condición social, experimentan por su padres, hijos, hermanos o cónyuge¹³”

Así las cosas, con suficiencia se aprecia que la jurisprudencia ha sido clara no solo en establecer que debe atenderse la entidad del perjuicio sino en establecer las características que el juzgador debe valorar para que su decisión no se torne antojadiza, sino que por el contrario obedezca a procurar la indemnización en estricta atención a la aflicción ocasionada y no más allá de ella. Por tanto, corresponderá al *arbitrio iudicis* determinar el valor del daño moral, teniendo en cuenta los elementos probatorios que reposan en el expediente. Además, teniendo como parámetro y límite

Tolosa Villabona

¹² CSJ CS de 18 de septiembre de 2009, exp. 2005-00406-01. Cfr. se665 de 7 de marzo de 2019, exp.2009-00005-01.

¹³ CSJ SC de 5 de mayo de 1999, exp. 4978.

que en los casos más graves la jurisprudencia ha reconocido una indemnización hasta de \$60.000.000 a la víctima directa. Por lo que es claro que la suma solicitada para cada uno de los demandantes y alcanza un total de \$100.516.392 resulta claramente exorbitante en atención a los baremos indemnizatorios fijados en la jurisprudencia.

En conclusión, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en las sumas pretendidas por la parte Demandante. Pues deberá tenerse en cuenta que, en preservación de la reparación integral, deberá analizarse los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa según el ponderado “*arbitrio iudicis*”, sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera y comprobada impartición de justicia. Luego, los monotes solicitados por los demandantes no coinciden con lo verdaderamente probado. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte Demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO A LA SALUD – INEXISTENCIA DE DICHA TIPOLOGÍA EN LA JURISDICCIÓN CIVIL

El extremo actor pretende que se condene al extremo pasivo de la litis al pago de los perjuicios extrapatrimoniales en la modalidad “daño a la salud” sin mayor argumento ni sustento. En el presente caso no sólo es jurídicamente inadmisibles predicar responsabilidad alguna en cabeza de los demandados, sino que, además, tampoco es jurídicamente viable imponer condena alguna tendiente al pago por concepto de daño a la salud, toda vez que esta tipología de perjuicio en la jurisdicción civil no constituye un daño resarcible. Lo anterior, tal y como lo ha reconocido la Corte en la sentencia del 05 de agosto de 2014, que contiene la jurisprudencia más reciente de esa corporación respecto de la tipología y la reparación del daño inmaterial, que estableció:

“De ahí que el daño no patrimonial se puede presentar de varias maneras, a saber: i) mediante la lesión a un sentimiento interior y, por ende, subjetivo (daño moral); ii) como privación objetiva de la facultad de realizar actividades cotidianas tales como practicar deportes, escuchar música, asistir a espectáculos, viajar, leer, departir con los amigos o la familia, disfrutar el paisaje, tener relaciones íntimas, etc., (daño a la vida de relación); o, iii) como vulneración a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, que gozan de especial protección constitucional¹⁴”.

En ella se concretó el género de los perjuicios inmateriales mediante las siguientes especies: daño moral, daño a la vida de relación y el daño a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, que gozan de especial protección constitucional.

De lo anterior, resulta claro que el daño a la salud no es un perjuicio inmaterial reconocido por la Corte Suprema de Justicia en la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad civil. Razón por la cual, **NO** es un perjuicio susceptible de ser valorado en esta jurisdicción. Como quiera que el presente asunto se tramita ante la jurisdicción civil y no ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo, deberá el Despacho desconocer esta pretensión por cuanto esta categoría de perjuicio no es indemnizable en la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil.

Adicional a lo anterior, el artículo 281 del Código General del Proceso establece el principio de congruencia, al reglar que *“la sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla”*. Lo cual tiene íntima relación con el debido proceso y el derecho de contradicción y de defensa de los demandados al otorgarles la posibilidad de pronunciarse sobre las pretensiones concretas del actor. De acuerdo con lo anterior, aun cuando la pretensión del demandante es manifiestamente

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Radicado 11001-31-03-003-2003-00660-01. MP Ariel Salazar Ramírez

improcedente, lo cierto es que el juez no puede en su sentencia recalificar la equivocada pretensión invocada.

En conclusión, es claro señor Juez que el daño a la salud no se encuentra reconocido en la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, y como quiera que el presente caso se encuentra cursando ante dicha jurisdicción, es evidente su improcedencia. Ahora bien, en el remoto e improbable evento en que se determine que los demandados resulten como responsable en este proceso, no habría lugar al reconocimiento de estos perjuicios, puesto que lo que la Demandante solicita en el escrito de la Demanda es el daño a la salud, y con ocasión del principio de congruencia, no resulta admisible que el H. Juez reformule la equivocada pretensión.

Solicito señor Juez, se declare probada esta excepción.

8. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley o en el Contrato con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y prescripción, y cualquier otra causal que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y se la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

CAPÍTULO III

CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA CLÍNICA UROS

S.A.S.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

FRENTE AL HECHO A). En el hecho se hacen dos precisiones distintas, razón por la cual proceso

a pronunciarme de manera individual frente a cada una en los siguientes términos:

No me consta lo afirmado en este hecho por la llamante en garantía con relación a la contratación de una póliza con número 5605992956, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ALLIANZ SEGUROS S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la llamante en garantía deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Ahora bien, es parcialmente cierto que la Clínica Uros S.A.S., adquirió la Póliza de Seguro R.C. Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 con ALLIANZ SEGUROS S.A., en la modalidad SUNSET, la cual contaba con vigencia desde el 26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019 y por medio de la cual se indemnizan los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados. Sin embargo, la misma no puede verse afectada en el caso de marras por las siguientes razones:

1. **No se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal Sunset**, la cual demanda que los hechos por lo que se formula la demanda ocurran dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación al asegurado o asegurador se verifique dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro de los dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron según el dicho del demandante el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza que estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón

por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.

2. **No realización del riesgo asegurado.** Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en este caso no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Por cuanto en el presente asunto no es dable endilgar una responsabilidad médica la clínica asegurada, al no comprobarse negligencia alguna por parte del mencionado centro, ni nexo causal entre la conducta de la clínica y los presuntos padecimientos del señor Luis Felipe Peralta.

FRENTE AL HECHO B). En el hecho se hacen dos precisiones distintas, razón por la cual nos pronunciamos de manera individual frente a cada una en los siguientes términos:

No me consta lo afirmado en este hecho por la llamante en garantía con relación a la vigencia de un seguro desde el 26 de junio de 2019 a 26 de junio de 2020 (27 de julio de 2018 hasta el 9 de agosto de 2019, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por ALLIANZ SEGUROS S.A. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la llamante en garantía deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Ahora bien, es parcialmente cierto que la Póliza de Seguro R.C. Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 emitida por ALLIANZ SEGUROS S.A., en la modalidad SUNSET, conto con vigencia desde el 26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019. Sin embargo, la misma no puede verse afectada como quiera que en el caso de marras por las siguientes razones:

1. **No se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal Sunset,** la cual demanda que los hechos por lo que se formula la demanda ocurran dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación al asegurado o asegurador se verifique dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro d ellos dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para

el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron según el dicho del demandante el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza que estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.

2. **No realización del riesgo asegurado.** Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en este caso no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Por cuanto en el presente asunto no es dable endilgar una responsabilidad médica la clínica asegurada, al no comprobarse negligencia alguna por parte del mencionado centro, ni nexo causal entre la conducta de la clínica y los presuntos padecimientos del señor Luis Felipe Peralta.

FRENTE AL HECHO C). No es cierto como se describe en el hecho, es decir, si bien se describe en la carátula de la Póliza de Seguro R.C. Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 como asegurada a la Clínica Uros S.A.S., no obstante obra dentro del mismo documento en calidad de beneficiario los “*terceros afectados*”.

FRENTE AL HECHO D). No se trata de un hecho que sirva de base al llamamiento en garantía presentado, ya que únicamente se trata de un análisis subjetivo del artículo 64 y s.s. del C.G.P., llevado a cabo por el apoderado de la Clínica Uros S.A.S. No obstante, se aclara que mi representada no podrá resultar condenada a pago alguno en este caso por las siguientes razones:

1. **No se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal Sunset**, la cual demanda que los hechos por lo que se formula la demanda ocurran dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación al asegurado o asegurador se verifique dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro de los dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron según el dicho del demandante el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza que estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.
2. **No realización del riesgo asegurado**. Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en este caso no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Por cuanto en el presente asunto no es dable endilgar una responsabilidad médica la clínica asegurada, al no comprobarse negligencia alguna por parte del mencionado centro, ni nexo causal entre la conducta de la clínica y los presuntos padecimientos del señor Luis Felipe Peralta.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA ÚNICA PETICIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN ÚNICA: ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión elevada por la llamante en garantía por las siguientes razones:

1. **No se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal Sunset**, la cual demanda que los hechos por lo que se formula la demanda ocurran dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación al asegurado o asegurador se verifique dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro de los dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron según el dicho del demandante el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza que estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.
2. **No realización del riesgo asegurado**. Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en cuenta que en este caso no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Por cuanto en el presente asunto no es dable endilgar una responsabilidad médica la clínica asegurada, al no comprobarse negligencia alguna por parte del mencionado centro, ni nexo causal entre la conducta de la clínica y los presuntos padecimientos del señor Luis Felipe Peralta.

De tal suerte que no hay duda sobre la no realización del riesgo asegurado en la póliza, por lo cual Allianz Seguros S.A. no está en ningún evento llamada a responder.

EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. **INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS S.A. POR CUANTO NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA TEMPORAL PACTADA EN LA**

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022292076/0

Se propone esta excepción, a fin de poner de presente al Despacho que el contrato de seguro documentado en la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 NO se puede afectar ni podrá operar dentro de la presente Litis, toda vez que no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura temporal sunset en la que fue pactada, ya que, esta modalidad de cobertura requiere que los hechos objeto del litigio se hayan presentado dentro de la vigencia del seguro y que el reclamo de la víctima al asegurado o a la aseguradora se haya generado en vigencia de la póliza o dentro de los dos años siguientes a la finalización de aquella vigencia. Por lo tanto, si bien los hechos materia del litigio ocurrieron el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza, la cual estuvo comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los demandantes le formularon a la Clínica Uros S.A.S se hizo el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro ya no se encontraba vigente y además cuando ya habían transcurrido más de dos años desde aquella finalización de la vigencia. Por tal motivo, no se cumplen simultáneamente los requisitos de la modalidad *SUNSET* bajo la cual se pactó el referido contrato de seguro, aspecto que inevitablemente llevará al fracaso de las pretensiones del llamamiento en garantía.

En lo que atañe a la modalidad ***SUNSET***, esta se encuentra definida en el inciso primero del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, el cual establece:

“ARTÍCULO 4º. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el

damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.

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

por lo tanto, aplicado dicho presupuesto normativo al caso en cuestión, se tiene que la obligación con cargo a la póliza de clínicas y hospitales solo podría surgir claro está, de probarse la responsabilidad del asegurado y siempre que el hecho medico haya ocurrido en la vigencia y el primer reclamo se haya verificado dentro del término definido en el contrato, situación que no se cumple en el caso concreto como se explicará a detalle.

En ese sentido, mi representada ampara la responsabilidad médica del ente asegurado siempre y cuando se presenten dos circunstancias muy concretas: *primero*, que los hechos alegados en la demanda hayan ocurrido durante la vigencia del seguro; y ***segundo, que los hechos hayan sido reclamados al asegurado o aseguradora durante la vigencia de la misma póliza o dentro de un plazo máximo de dos (2) años corrientes, contados a partir de la terminación de la vigencia anual de la misma;*** en ese sentido, se haría eventualmente aplicable, la póliza que se encontraba vigente al momento en el que se realiza la reclamación al asegurado.

Ahora bien, descendiendo al caso concreto tenemos que mi representada expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, vigente entre el 26 de junio de 2018 y el 25 de junio de 2019, la cual se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada *SUNSET*, tal como se ilustra a continuación:

Ambito Temporal

SUNSET

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

Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos:

(i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza, y (ii) **que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza o dentro de los 2 años siguientes a su terminación.** Así quedó expresamente consignado en la póliza:

5. SINIESTRO:

En Modalidad Sunset

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

Visto lo anterior, para que la Póliza que se allega al expediente puedan resultar afectada, debe contar con una vigencia que cubra la fecha de ocurrencia de los hechos y la fecha en la que se le realiza la reclamación al asegurado se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años. **La reclamación, debe haber ocurrido dentro del periodo de la vigencia pactado en el certificado del contrato vinculado**, y ello resulta de suma importancia,

comoquiera que sería la póliza vigente para la fecha de la reclamación, la que eventualmente podría afectarse.

Así las cosas, debe precisarse desde ya que el contrato de seguro documentado en la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados. En efecto, si bien los hechos materia del litigio habrían ocurrido 04 de marzo de 2019 como lo enuncia el demandante, es decir, dentro de la vigencia de la mentada póliza (26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019.), la reclamación que los demandantes formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S ocurrió el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevado a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro ya no se encontraba vigente y por fuera de los dos años siguientes a la terminación de la respectiva vigencia. En otras palabras, la reclamación al asegurado debía verificarse dentro de la vigencia de la póliza o máximo hasta el 25 de junio de 2021, sin embargo, la reclamación formulada por los hoy demandantes al asegurado ocurrió el 23 de septiembre de 2022 es decir después de dos años a la finalización de la vigencia.

En efecto, la reclamación por parte del tercero a la Clínica Uros S.A.S se adelantó en el mes de julio del 2022 como a continuación se extrae de la constancia de audiencia de conciliación por no acuerdo:

sicaac
Sistema de Información de la Conciliación,
el Arbitraje y la Amigable Composición.

**MINISTERIO DE JUSTICIA Y
DEL DERECHO**

**CENTRO DE CONCILIACIÓN, ARBITRAJE Y AMIGABLE COMPOSICIÓN DE LA
FUNDACIÓN LIBORIO MEJÍA SEDE NEIVA - AUTORIZADO PARA CONOCER DE
LOS PROCEDIMIENTOS DE INSOLVENCIA ECONÓMICA DE LA PERSONA
NATURAL NO COMERCIANTE**

**Código
Centro
1445**

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO
CONSTANCIA - NO ACUERDO

Número del Caso en el centro: 02-009-22
Cuántía: 60534515.00

Fecha de solicitud: 1 de septiembre de 2022
Fecha del resultado: 23 de septiembre de 2022

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1075251279	LUIS FELIPE PERALTA GARCIA

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	813011577	CLINICA UROS SA
2	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	12553149	ALVARO FERNANDO MARTINEZ PALENCIA

De tal suerte, la reclamación se efectuó al asegurado cuando ya había fenecido la vigencia del certificado de Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, como se expone:

Póliza y duración: Póliza n°: 022292076 / 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 26/06/2018 hasta las 24:00 horas del 25/06/2019.

Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

De manera que, en definitiva, el contrato objeto de vinculación a esta contienda no se encontraba vigente cuando se le realizó la reclamación a la Clínica Uros S.A.S, lo que claramente evidencia el incumplimiento del segundo presupuesto bajo el cual fue expedido el aseguramiento, pero además cuando ya había transcurrido más de dos años desde aquella finalización de la vigencia, y por contera es evidente la imposibilidad de afectarlo.

En ese orden de ideas, es menester que el Despacho analice todas y cada una de las condiciones de las que pende el aseguramiento otorgado, puesto que, en efecto, en lo que atañe a la modalidad de cobertura temporal, no se encuentra acreditado el cumplimiento de sus condiciones, lo que conlleva a la inoperancia del mismo en este asunto. Lo anterior no puede soslayarse por parte del juzgador toda vez que las partes del contrato de seguro convinieron en pactar la modalidad de aquel a través de la cobertura *sunset*, en ese entendido si bien el hecho el hecho reprochado ocurrió el día 4 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la póliza que estuvo comprendida entre el día 26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019, lo cierto es que el reclamo del tercero afectado a la clínica uros tuvo lugar el día 23 de septiembre de 2022 fecha de la audiencia de conciliación, es decir más de dos años después de la finalización del seguro, por lo tanto no concurren los dos requisitos necesarios para pensar si quiera en la afectación del seguro.

Y en razón de lo expuesto, ruego respetuosamente al Despacho se sirva declarar como probada esta excepción.

2. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE ALLIANZ SEGUROS S.A.

Sin perjuicio de las excepciones que se formularan en lo sucesivo, solicito respetuosamente al Despacho que declare que la falta de legitimación en la causa por pasiva de ALLIANZ SEGUROS S.A. toda vez que, la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 mediante la cual se vincula como llamada en garantía a mi representada, NO

OFRECE COBERTURA TEMPORAL para el caso de marras por cuanto la misma fue pactada en la modalidad *SUNSET* y por lo tanto para que aquella opere, requiere que los hechos por los que se formula la demanda en contra del asegurado hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y que la reclamación por parte de quien se reputa como víctima se haya efectuado al asegurado o al asegurador dentro de la misma vigencia de la póliza o dentro de los dos años siguientes a la finalización de la vigencia de aquella. Para el caso concreto, si bien los hechos materia del litigio según la demanda ocurrieron el 04 de marzo de 2019, es decir dentro de la vigencia de la mentada póliza, la cual estaba comprendida entre el 26 junio 2018 al 25 junio de 2019, la reclamación que los hoy demandantes le formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S, tuvo lugar el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevada a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, que la reclamación se produjo por fuera de la vigencia y después de los dos años siguientes a la terminación de la vigencia de la póliza, razón por la cual no confluyen los elementos necesarios para predicar una cobertura temporal y dicha situación obsta para que se imponga obligación alguna a mi mandante.

Para el caso concreto tenemos que mi representada expidió la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, vigente entre el 26 de junio de 2018 y el 25 de junio de 2019, la cual se pactó bajo la modalidad de cobertura denominada *SUNSET*, tal como se ilustra a continuación:

Ambito Temporal

SUNSET

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

Lo anterior implica que la póliza solo podrá afectarse cuando concurren los siguientes presupuestos: (i) que los hechos objeto de litigio ocurran dentro de la vigencia de la póliza, y (ii) **que la reclamación que con ocasión a los mismos se formule al asegurado o a la compañía aseguradora, se radique dentro de la vigencia de la póliza o dentro de los 2 años siguientes a su terminación.** Así quedó expresamente consignado en la póliza:

5. SINIESTRO:

En Modalidad Sunset

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

Así las cosas, debe precisarse desde ya que el contrato de seguro documentado en la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, **NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL** para los hechos objeto de litigio, comoquiera que no se cumplen los requisitos anteriormente enunciados. En efecto, si bien los hechos materia del litigio habrían ocurrido 04 de marzo de 2019 como lo enuncia el demandante, es decir, dentro de la vigencia de la mentada póliza (26 de junio de 2018 hasta el 25 de junio de 2019.), la reclamación que los demandantes formularon al asegurado Clínica Uros S.A.S ocurrió el 23 de septiembre de 2022 con la solicitud de conciliación llevado a cabo en el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Fundación Liborio Mejía, es decir, la reclamación se produjo cuando el contrato de seguro ya no se encontraba vigente y por fuera de los dos años siguientes a la terminación de la respectiva vigencia. En otras palabras, la reclamación al asegurado debía verificarse dentro de la vigencia de la póliza y hasta el 25 de junio de 2021, sin embargo, la reclamación formulada por los hoy demandantes ocurrió el 23 de septiembre de 2022 es decir después de dos años a la finalización de la vigencia.

Ahora bien, respecto a este tópico de la legitimación en la causa, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Jesús Vall de Rutén Ruiz, mediante Sentencia SC2642 del 10 de marzo de 2015, dispuso:

*“la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, en cuanto concierne con una de las condiciones de prosperidad de la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de éste, motivo por el cual su ausencia desemboca irremediablemente en sentencia desestimatoria debido a que quien reclama el derecho no es su titular **o porque lo exige ante quien no es el llamado a contradecirlo**¹⁵.”*(negrilla y subrayado fuera del texto original)

De igual forma, la Corte Suprema de Justicia a través de sentencia del 14 de agosto de 1995 con respecto a la legitimación en la causa, se ha pronunciado de la siguiente manera:

“Según concepto de Chiovenda, acogido por la Corte, la legitimatio ad causam consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva)”. (Instituciones de Derecho Procesal Civil, I, 185). Conviene desde luego advertir, para no caer en el error en que incurrió el Tribunal que cuando el tratadista italiano y la Corte hablan de ‘acción’ no están empleando ese vocablo en el sentido técnico procesal, esto es como el derecho subjetivo público que asiste a toda persona para obtener la aplicación justa de la ley a un caso concreto, y que tiene como sujeto pasivo al Estado, sino como sinónimo de ‘pretensión’, que se ejercita frente al demandado. Para que esa pretensión sea acogida en la sentencia es menester, entre otros requisitos, que se haga valer por la persona en cuyo favor establece la

¹⁵ Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Jesús Vall de Rutén Ruiz SC2642 del 10 de marzo de 2015

*ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda, **y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado.** De donde se sigue que lo concerniente a la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del derecho procesal, razón por la cual **su ausencia** no constituye impedimento para desatar en el fondo el litigio sino **motivo para decidirlo en forma adversa al actor.** Si el demandante no es titular del derecho que reclama o el demandado no es persona obligada, el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél, como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien no es poseedor¹⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En atención a las anteriores precisiones conceptuales, debe decirse que no le asiste legitimación en la causa por pasiva a mi representada, ello derivado de la falta de cobertura temporal de la póliza, a su vez la falta de aquella cobertura implica que mi representada no está llamada a efectuar pago alguno con cargo a la póliza de seguro por la cual fue llamada en garantía o en otras palabras que no es la persona jurídica a quien el llamante en garantía pueda exigirle el pago de la condena en los estrictos términos del artículo 64 del CGP, puesto que como la póliza no tiene cobertura para los hechos objeto de este litigio, lo cierto es que Allianz Seguros S.A. de ninguna manera es la persona a quien pueda reclamarse el derecho a la indemnización. En efecto, es fundamental que para que la Aseguradora

En conclusión debido a que no existe legitimación en la causa por pasiva por parte **ALLIANZ SEGUROS S.A.** para resistir las pretensiones del llamamiento en garantía en este asunto, por cuanto no existe una relación jurídico sustancial que pueda derivar en la exigencia de un derecho, lo anterior en la medida en que la Póliza De Seguro De Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL por cuanto no concurren los elementos de la modalidad **SUNSET** que fue pactada, comoquiera que aunque los hechos base

¹⁶ Sentencia de la Corte Suprema de Justicia (Expediente 4268) del 14 de agosto de 1995

del litigio se encuentran dentro de la vigencia del seguro, el reclamo por parte de los hoy demandante a la Clínica Uros tuvo lugar después de dos años a la terminación del seguro, cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación pre judicial en Derecho. Así las cosas, lo cierto es que, como la póliza no es susceptible de afectarse, al asegurador no le asiste legitimación en la causa por pasiva, puesto que no es la persona jurídica a quien el llamante en garantía le pueda exigir un determinado derecho, como la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir como consecuencia de una condena. Bajo este entendido es clara la carencia de legitimación en la causa por pasiva por parte de **ALLIANZ S.A.**, quien en todo caso no podrá ser condenada al pago de obligación indemnizatoria alguna.

Por lo expuesto, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

3. SUBSIDIARIAMENTE INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA, POR CUANTO NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES NO. 022292076/0

Se plantea esta excepción para explicar que mediante el contrato de seguro por el cual se vinculó a mi mandante, Allianz Seguros S.A. asumió el riesgo de la responsabilidad civil atribuible a la Clínica Uros S.A.S. cuando ella deba asumir un perjuicio que se cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza del asegurado, entre tanto se brindó el servicio requerido por el paciente y se tomaron las medidas necesarias para establecer el diagnostico acertado frente a su patología y luego de ello implementando las medidas quirúrgicas necesarias para su corrección, lo que concluyo con una intervención quirúrgica adecuada de acuerdo a los hallazgos concluyentes

de ruptura de ligamento cruzado anterior de su rodilla izquierda. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma como se explica que al suscribir el contrato asegurativo respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, y que pido al Despacho tener en cuenta en este proceso.

De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes. En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

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

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)”¹⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales No. 022292076/0 es amparar la responsabilidad civil imputable al asegurado como consecuencia de las acciones u omisiones profesionales, tal y como se expone a continuación:

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

En tal virtud, **ALLIANZ SEGUROS S.A.** se comprometió a amparar la responsabilidad civil atribuible a la Clínica Uros S.A.S, cuando ella deba asumir un perjuicio que cause a un tercero con ocasión de determinada responsabilidad civil profesional en que de acuerdo con la ley incurra, como consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestado dentro de los predios del asegurado. Ahora bien, en el presente caso dicha situación no se ha originado, puesto que de conformidad con las pruebas obrantes en el litigio que nos atañe, se demuestra que no se reúnen los presupuestos fácticos y jurídicos exigidos para la declaración de responsabilidad en cabeza de la **CLÍNICA UROS S.A.S**. Lo que quiere decir, que tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado. Sobre el particular, se destaca que el asegurador se comprometió mediante la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0 para amparar la responsabilidad profesional de la Clínica Uros S.A.S, como consecuencia directa de errores y omisiones en el acto médico, durante la prestación de un servicio médico ejecutado en ejercicio de las actividades profesionales que corresponden a la

institución.

En efecto, para obtener una declaratoria de responsabilidad como la atribuida a la institución médica, es necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho acto médico, aspecto que no está demostrado en este caso, por el contrario, tal como se ha evidenciado, la entidad demandada atendió de manera cuidadosa, perita y diligente al señor Luis Felipe Peralta, atendiendo con prontitud, brindando un diagnóstico adecuado y dentro de los tiempos médicos estipulados al paciente, ordenando la práctica de los procedimientos requeridos, suministrando los medicamentos adecuados y necesarios, conforme a los cánones médicos, manteniendo en observación y estudio su situación médica y ordenando de forma oportuna el respectivo tratamiento e intervenciones que fueron necesarias y adecuadamente proscritas.

Pero adicional a lo anterior, no puede perderse de vista que la obligación de los profesionales en salud para estos casos es de medio y no de resultado y, por tanto, no puede existir responsabilidad de la institución en comento, cuando no se evidencia falla alguna en la prestación de los servicios, pese a que la atención, tratamiento y evolución no resultan favorables a los pacientes. En otras palabras y comoquiera que la medicina es una ciencia inexacta, los profesionales en salud encargados no están obligados a garantizar el éxito del acto médico y, por tanto, sólo resulta exigible que presten el servicio requerido de forma perita y diligente, como en efecto aquí ocurrió. Corolario de lo anterior, aún si se produjere un resultado adverso luego de la mentada intervención, no podrá comprometerse la responsabilidad del profesional en salud o de la institución implicada, si dicha consecuencia no deriva de una falla en el suministro del servicio. Producto de lo anterior no se configura el nexo causal como uno de los elementos de la responsabilidad civil.

De cara a lo anterior, tampoco ha nacido la obligación indemnizatoria en cabeza de la Compañía de Seguros, al no haberse realizado el riesgo contractualmente asegurado. Se reitera, que no se ha realizado el riesgo asegurado como quiera que no se cometió yerro médico alguno y fue diligente

en la prestación al servicio del señor Luis Felipe Peralta para el 04 de marzo de 2019. Por tanto, no existe responsabilidad en cabeza del extremo pasivo, lo que por sustracción de materia significa que tampoco puede hacerse efectiva la póliza de seguro por la que fue convocada mi prohijada.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro. Es decir, que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad. Por ende, la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0. Las diversas condiciones, al ámbito de los amparos, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado. Al respecto, siempre se deberán atender los riesgos asumidos por Aseguradora en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio, los valores asegurados para cada uno de los amparos y demás condiciones pactadas en el contrato de seguros.

En conclusión, no se ha realizado el riesgo asegurado en el presente asunto teniendo en cuenta que no ha nacido la obligación condicional, esto es, la responsabilidad por parte de la Clínica Uros S.A.S. Lo anterior, en tanto es necesaria la comprobación de los tres elementos fundamentales para estructurar la responsabilidad médica: falla médica, el daño y el nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, en el presente asunto no es dable endilgar responsabilidad en cabeza de la clínica asegurada. Lo quiere decir, que no hay obligación a cargo de mi prohijada, como quiera que el riesgo asegurado no se ha realizado.

Por todo lo anterior, solicito comedidamente al Despacho declarar probada la presente excepción.

4. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLÍNICAS Y HOSPITALES NO. 022292076/0

En materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al Asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez, mediante sentencia del 27 de mayo de 2020, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“Lo anterior, se reitera, en la medida en que si bien desde la perspectiva de la normativa aplicable se cumplieron las condiciones generales de la póliza de seguros para que Seguros del Estado S.A. respondiera por el daño atribuido a la I.P.S. Universitaria de Antioquia, el juez en la valoración probatoria debió revisar si en el caso bajo examen se configuraba alguna de las exclusiones de responsabilidad fijadas contractualmente, en los términos señalados en el numeral 29 del referido contrato de seguro”¹⁸

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

*“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. **Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo,** mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el*

¹⁸ Sentencia del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, consejera ponente Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez de fecha 27 de mayo de 2020.

*asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), **luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes.***¹⁹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el

¹⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Rad 2000-5492-01. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado»²⁰ (Negrilla y resaltado por fuera del texto original).

De igual forma, la jurisprudencia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

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

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

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

(Subrayado y negrilla por fuera del texto original)²¹

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

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales No. 022292076/0 en sus Condiciones Generales señala una serie de exclusiones, las cuales enuncio a continuación, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada:

“EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:

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

- 1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapia.*
- 2. Derivadas de servicios profesionales proporcionados bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.*
- 3. De personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios asegurados y que por el ejercicio de esa actividad se encuentren expuestas a los riesgos de:*
 - Rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materias cubiertas por esta póliza.*

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

- Infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.

4. Originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y fallos, donde no se declare que el asegurado es civilmente responsable y no se fije claramente la cuantía de la indemnización.

5. Derivadas de la ineficacia de cualquier tratamiento cuyo objeto sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación. Para el caso específico del aborto solo quedan amparados los daños a consecuencia de una intervención que corresponda al cumplimiento de una obligación legal.

6. Derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, por ejemplo, perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.

7. Dirigidas a la obtención del reembolso de honorarios profesionales.

8. Por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentre bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista en una clínica/hospital acreditado para esto.

9. Derivadas de la prestación de servicios por personas que no son legalmente habilitadas para ejercer su profesión y que no gocen de la autorización respectiva del estado.

10. Contra el ASEGURADO, derivadas de la prestación de servicios o de la atención médica por personas, que no tienen una relación laboral con el asegurado o que no están autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial.

11. Por cirugía plástico o estética, salvo que se trate de intervenciones de cirugía reconstructiva amparadas en la presente póliza.

12. Por daños genéticos o relacionadas con manipulaciones genéticas.

13. Por daños relacionados directa o indirectamente con el virus del VIH (SIDA) o Hepatitis G.

14. Como consecuencia de la transfusión de sangre contaminada, sus componentes y/o hemoderivados a menos que el asegurado compruebe que cumplió con todos los requisitos necesarios y aplicables según el estado de arte vigente en el momento del tratamiento.

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

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

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

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

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

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que, si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones arriba señaladas o cualquiera de las que constan en las condiciones generales, la póliza no podrá ser afectada. En tanto la situación se encontraría inmersa

en una exclusión. Así las cosas, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza de Allianz Seguros S.A., por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza, pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización.

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

5. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGUROS

Se pone de presente al despacho que, de llegarse a reconocer las sumas reclamadas a título de indemnización por parte del extremo actor, se desconocería el carácter indemnizatorio del contrato de seguro en tanto 1) no está probado que la parte demandada haya incurrido en un error al momento de realizar la intervención quirúrgica descrita en la demanda con fecha del 04 de marzo de 2019 y la cual en todo caso se enfocó en atender la condición de ruptura les ligamento cruzado anterior de la rodilla izquierda pues fue en dicho ligamento que se encontró una ruptura total y 2) los valores pedidos en la demanda desconocen claramente los baremos establecidos por la Corte Suprema de Justicia.

Así pues el carácter meramente indemnizatorio del contrato de seguro es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona

que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que, la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado y mucho menos superior al perjuicio efectivamente causado y demostrado. En este caso debe decirse en primera medida que como no está demostrada la responsabilidad de la demandada no podría ordenarse una indemnización, pero al margen de ello tampoco podría ordenarse algún pago a favor de la parte demandante porque no se encuentra probada la causación del lucro cesante y mucho menos de los perjuicios inmateriales. De tal suerte que si se ordenará por parte del despacho algún tipo de pago el mismo constituiría un enriquecimiento sin causa en desmedro del principio meramente indemnizatorio. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

*“(...) Este contrato no puede ser fuente de ganancias y menos de riqueza, sino que se caracteriza por ser indemnizatorio. La obligación que es de la esencia del contrato de seguro y que surge para el asegurador cumplida la condición, corresponde a una prestación que generalmente tiene un alcance variable, pues depende de la clase de seguro de la medida del daño efectivamente sufrido y del monto pactado como limitante para la operancia de la garantía contratada, y que el asegurador debe efectuar una vez colocada aquella obligación en situación de solución o pago inmediato (...)”.*²²

Se puede concluir entonces que el Contrato de Seguro tiene un carácter meramente indemnizatorio y por tal motivo, tiene como finalidad llevar a la víctima al estado anterior, más no enriquecerla. Es por ello que, aterrizando al caso en cuestión, no es de recibo indemnizar el daño tal y como fue pretendido por la parte Demandante, más aún, teniendo en cuenta las tasaciones exorbitantes de sus perjuicios no probados. En tal sentido, el artículo 1088 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

²² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 22 de julio de 1999. Expediente:5065

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

Así las cosas, el carácter de los seguros es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Conforme a ello, en caso de pagarse suma alguna que no esté debidamente acreditada por la parte accionante, se estaría contraviniendo el citado principio de mera indemnización del contrato de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad a cargo de la parte pasiva y eventualmente enriqueciendo al accionante.

No puede perderse de vista que el contrato de seguro no puede ser fuente de enriquecimiento y que el mismo atiene a un carácter meramente indemnizatorio. Así las cosas, de efectuar cualquier pago por concepto de daño moral, daño a la salud y lucro cesante, emolumentos que no se encuentran debidamente acreditados, implicaría un enriquecimiento para la parte demandante y en esa medida se vulneraría el principio indemnizatorio del seguro. Comoquiera que sus aseveraciones no fueron respaldadas con medios de prueba suficientes. En efecto, no obra en el expediente material probatorio que acredite **(i)** no se acreditaron los elementos constitutivos de responsabilidad **(ii)** la afectación de los hechos objeto de litigio a la parte demandante **(iii)** La afectación de los demandantes en cuanto a su vida y sus relaciones. En tal sentido no puede ordenarse una indemnización como la pretendida porque no está probado y se vulneraría el carácter meramente indemnizatorio. Maxime cuando las pretensiones no están acreditadas como se explica:

- Lucro cesante: No está probado el nexo causal entre la falta de empleo y la atención medica brindada en clínica uros como pretende plantearlo el demandante. Además, el dictamen de PCL que allega no tiene la entidad para probar dicha pérdida de capacidad porque está sujeto a contradicción, máxime cuando se indicó en la misma demanda que existió un dictamen de la ARL que lo calificó con 0% y ahora se trata de aducir que la perdida es del 40,2%.
- Daño moral: es exorbitante y frente a las víctimas indirectas no se ha probado, no existe presunción alguna que pueda aplicarse para el caso concreto y en todo caso las sumas pretendidas son opuestas a los criterios jurisprudenciales aplicables al caso.
- Daño a la salud: es improcedente en esta jurisdicción, y por demas es totalmente exorbitante, pues se fundamentan en un dictamen de pérdida de capacidad laboral elaborado por un particular y que esta sujeto a contradicción, por lo que no goza de validez para el proceso, lo que se suma a que el demandante ya había sometido a una calificación de pérdida de capacidad laboral rendida por una junta regional de calificación en la cual se emitio un puntaje final de 0%.

En otras palabras, si se reconocieran los daños pretendidos se transgrediría el principio indemnizatorio del seguro toda vez que se estaría enriqueciendo al extremo actor en lugar de repararlo. Lo anterior, teniendo en cuenta que no se puede reconocer suma alguna a titulo de lucro cesante cuando no existe certeza alguna de los ingresos presuntamente percibidos por el demandante, pues aporta un documento que da cuenta de una relación por obra o labor que contaba con un pago por horas sin certeza de su duración, lo que deja sin fundamento la estructura de sus cálculos sumado a que no se encuentra prueba del nexo causal entre la falta de empleo y la atención medica brindada en clínica uros como pretende plantearlo el demandante. Tampoco se podría reconocer emolumento por daño moral, dado que se afinsa en una tesis de “daño” que nunca existió,

pues no existe falla médica imputable a ningún demandado, además de esto, la estimación es abiertamente exorbitante. Y finalmente es improcedente reconocer cualquier concepto por un presunto daño a la salud como se reclama en la demanda, pues dicha tipología de perjuicio no se encuentra reconocida para esta jurisdicción, sin dejar de lado que la misma es totalmente exorbitante y carece de presupuestos para su justificación.

En conclusión, teniendo en cuenta que el carácter meramente indemnizatorio es un principio que rige el contrato de seguro, la indemnización que por la ocurrencia de un siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado y mucho menos superior al perjuicio efectivamente causado y demostrado. En este caso debe decirse que como no está demostrada la responsabilidad de la demandada no podría ordenarse una indemnización, pero incluso tampoco podría ordenarse algún pago a favor de la parte demandante porque no se encuentra probada la causación del daño lucro cesante y mucho menos de los perjuicios inmateriales que además están excesivamente tasados. De tal suerte que, si se ordenará por parte del Despacho algún tipo de pago, el mismo constituiría un enriquecimiento sin causa en desmedro del principio meramente indemnizatorio.

6. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA NO. 022292076/0

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de Allianz Seguros S.A. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada. En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la

conurrencia de la suma asegurada.

El artículo 1079 del Código de Comercio, reza lo siguiente en torno a la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

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

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

*(…) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, **el valor de la prestación a cargo de la aseguradora**, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”*²³*(Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

²³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que el límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual por evento y vigencia anual indicado en la carátula de la Póliza 022292076/0, así:

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

En ese sentido se debe tener en cuenta que el límite asegurado es de \$1.200.000.000

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

Por lo expuesto, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR EN LO ATINENTE AL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA NO. 022292076/0

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en los contratos de seguro: 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$5.000.000.

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

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

En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral

11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”²⁴. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

En efecto en la póliza vinculada se pactó el siguiente deducible:

DEDUCIBLES:

PLO: 10% DE LA PERDIDA, MINIMO \$5.000.000

RC PROFESIONAL: 10% DE LA PERDIDA, MINIMO \$5.000.000

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada responsable en virtud de la aplicación de los contratos de seguro. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuente del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, corresponde al 10% de la pérdida, mínimo \$5.000.000.

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

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

²⁴ Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

8. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la Aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismo hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

9. SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO, EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA No. 022292076/0 EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS

Es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del C.CO, Allianz Seguros S.A., podrá proponer a los beneficiarios, la excepciones que pueda alegar en contra del tomador y el asegurado cuando son personas distintas. Por tanto, en caso de un fallo en contra este deberá ajustarse de acuerdo con las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro y dicha condena no podrá exceder los parámetros acordados por los contratantes.

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de responsabilidad civil de los demandantes contra mi representada, Allianz Seguros S.A. en ejercicio de la acción de reclamación directa de la víctima contra la aseguradora, tal relación deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado la Póliza de Seguro RC Profesional Clínicas y Hospitales No. 022292076/0, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales.

10. PRESCRIPCIÓN ORDINRIA DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Se formula la presente excepción con el fin de solicitar al Despacho que declare la prescripción, en

el caso en que durante el transcurso del proceso se llegare a probar que transcurrió más de dos años entre el primer reclamo de los hoy demandantes a la Clínica Uros y la fecha de presentación del llamamiento en garantía, lo anterior puesto que si llegare a verificarse que de forma previa o anterior a la audiencia de conciliación extrajudicial llevada a cabo el 23 de septiembre de 2022 por parte de los demandantes a la CLÍNICA UROS S.A.S, y si hasta la presentación del llamamiento en garantía transcurrieron más de dos años la configuración del fenómeno prescriptivo debe contabilizarse desde ese primer reclamo al asegurado y si desde aquella calenda transcurrieron más de dos años hasta la formulación del llamamiento en garantía en contra de mi representada sería claro que operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, situación que impedirá que se imponga obligación alguna a cargo de mi mandante.

En lo que respecta a la prescripción, se tiene que es un fenómeno jurídico a través del cual se pueden adquirir derechos o extinguir obligaciones, en efecto, el artículo 2512 del Código Civil establece:

“(...) Artículo 2512. La prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales.

Se prescribe una acción o derecho cuando se extingue por la prescripción (...)”

Por su parte, el artículo 2535 Ibídem, que contempla la prescripción como medio de extinguir las acciones judiciales y dispone: *“(...) Artículo 2535. La prescripción que extingue las acciones y derechos exige solamente cierto lapso de tiempo durante la cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta ese tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible. (...)”*

El Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en

su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, si no también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Al respecto señala la mencionada disposición:

"(...) 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 (...)". (Negrita por fuera del texto original).

Al señalar la disposición transcrita, los parámetros para determinar el 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 aun 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.

A su turno, indica el artículo 1131 del Código de Comercio lo siguiente:

*“ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>. <Artículo subrogado por el artículo 86 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> 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**” (Subrayas del texto original – Negrilla fuera del original)*

Ahora bien, jurisprudencialmente, en sentencia del 29 de junio de 2007, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación civil precisó:

“(…) d) Mientras que el término de la ordinaria es de sólo dos años, el de la extraordinaria se extiende a cinco, justificándose su ampliación por aquello de que luego de expirado, se entiende que todas las situaciones jurídicas han quedado consolidadas y, por contera, definidas. Es pues un término límite, al mismo tiempo que fatal, como se desprende de la hermenéutica racional de la normatividad patria, en asocio de sus antecedentes legislativos, ya registrados.

e) Para la primera, el anotado término de dos años irrumpe desde cuando el titular conoció o debió conocer la ocurrencia del hecho que habilita su ejercicio, como ya tangencialmente se mencionó. Al respecto, desde un ángulo jurídico-temporal, pertinente es destacar que uno es el momento de ocurrencia del hecho y otro aquél en que el accionante supo o debió saber de su acaecimiento, sin perjuicio, claro está, de que, en casos específicos, como suele suceder con inusitada frecuencia en la praxis, puedan darse las dos circunstancias en un mismo tempus. La extraordinaria se inicia a partir de cuando nace el derecho, objetivamente

considerado. Por ello, conforme ya se observó, opera frente a toda clase de personas y al margen de cualquier conocimiento (real o efectivo, presunto o presuntivo) (...)". (Subrayado fuera de texto).

En el caso que nos ocupa, si bien los medios de prueba documentales indican que los demandantes radicaron una solicitud de conciliación donde se convocó a la Clínica Uros S.A.S. y que dicha audiencia se llevó a cabo el 23 de septiembre de 2022, en el caso que haya existido un reclamo anterior a aquel trámite extrajudicial, el término para contabilizar el fenómeno prescriptivo deberá iniciar desde ese primer reclamo que los demandantes formularon a la demandada. Es por ello que, si en el curso del proceso se prueba que existió una reclamación anterior, será a partir de aquella calenda desde donde el despacho deberá contar el término prescriptivo y si transcurrieron más de dos años hasta la radicación del llamamiento en garantía entonces sería claro que operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Solicito declarar probada la presente excepción.

11. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito de la manera más respetuosa Señor Juez, que de conformidad con lo dispuesto en el Art. 282 del CGP se sirva declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de la parte Demandante y que se origine en la Ley, en aras de la defensa del extremo pasivo del litigio en curso.

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

CAPITULO IV
PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS APORTADAS POR LA PARTE
DEMANDANTE

1. RATIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PROVENIENTES DE TERCEROS:

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

“(...) Artículo 262. Documentos declarativos emanados de terceros. Los documentos privados de contenido declarativo emanados de terceros se apreciarán por el juez sin necesidad de ratificar su contenido, salvo que la parte contraria solicite su ratificación (...)” (Negrita y Sublínea por fuera del texto original).

Entonces, cabe resaltar que Juez sólo podrá apreciar probatoriamente los documentos cuya ratificación se solicita si efectivamente ésta se hace, como lo consagra el citado artículo. En tal virtud, solicito al Despacho que no se les conceda valor alguno demostrativo a los documentos provenientes de terceros aportados por la parte demandante mientras ésta no solicite y obtenga su ratificación, y entre ellos, de manera enunciativa enumero los siguientes:

1. Concepto médico emitido por Natalia Cárdenas Polanía.
2. Formulario de Calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional emitido por parte del Dr. Luis Norberto Correa Sánchez.
3. Liquidación de daños y cuantificación de perjuicios realizada por Perimedical del Valle S.A.S. en cabeza del señor Luis Felipe Aponte.

2. FRENTE AL DICTAMEN PERICIAL EMITIDO POR LUIS NORBERTO CORREA SÁNCHEZ

Solicito respetuosamente al despacho que no se tenga en cuenta en la calidad de dictamen pericial el documento emitido por el DR. LUIS NORBERTO CORREA SÁNCHEZ médico cirujano y que fue aportado con la demanda, ello atendiendo a que no se cumplen los criterios y premisas condicionantes contenidas en el artículo 226 del C.G.P., ya que no cumple con el recuento de títulos del profesional que lo elaboró y no se cumple con la técnica aplicable al caso. Sin perjuicio de lo anterior y dado el caso en que el despacho decida darle el valor de un dictamen pericial solicito respetuosamente hacer comparecer al profesional que lo elaboró a la audiencia de instrucción y juzgamiento de que trata el artículo 373 del C.G.P. a fin de surtir la respectiva contradicción de dicho documento en los términos del artículo 228 del C.G.P. para los efectos de su contradicción.

3. FRENTE AL DICTAMEN PERICIAL EMITIDO POR NATALIA CARDENAS POLANIA

Solicito respetuosamente al despacho que no se tenga en cuenta en la calidad de dictamen pericial el documento nombrado como “concepto del paciente” emitido por la DRA. NATALIA CÁRDENAS POLANIA médica especialista en laboral y que fue aportado con la demanda, ello atendiendo a que no se cumplen los criterios y premisas condicionantes contenidas en el artículo 226 del C.G.P., ya que no cumple con el recuento de títulos del profesional que lo elaboró y no se cumple con la técnica aplicable al caso. Sin perjuicio de lo anterior y dado el caso en que el despacho decida darle el valor de un dictamen pericial solicito respetuosamente hacer comparecer a la profesional que lo elaboró a la audiencia de instrucción y juzgamiento de que trata el artículo 373 del C.G.P. a fin de surtir la respectiva contradicción de dicho documento en los términos del artículo 228 del C.G.P. para los efectos de su contradicción.

CAPITULO V
MEDIOS DE PRUEBA

1. DOCUMENTALES:

- 1.1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas Y Hospitales y Hospitales No. 022292076/0 con su respectivo condicionado particular y general.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1 Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a **LUIS FELIPE PERALTA GARCÍA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandante podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda y a través de su apoderado.
- 2.2 Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **ALVARO FERNANDO MARTÍNEZ PALENCIA**, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El demandado podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda y a través de su apoderado.
- 2.3 Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al representante legal de la **CLÍNICA UROS S.A.**, en su calidad de Demandado, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de

derecho expuestos en este litigio. El representante legal de la **CLÍNICA UROS S.A.** podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE:

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

4. TESTIMONIALES

- 4.1 Respetuosamente solicito decretar el testimonio técnico del médico especialista en ortopedia **CARLOS MIGUEL GÓMEZ PEÑA**, quien puede ser citado en la Carrera 5A # 16-36 Barrio Quirinal de la ciudad de Neiva. La citación del testigo se realiza para que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, y en especial sobre todas las intervenciones y atenciones prodigadas al paciente.

Este testimonio solicitado es útil y pertinente, por cuanto es necesario observar desde un punto de vista clínico el actuar diligente por parte del servicio médico de las demandadas en el caso del paciente Luis Felipe Peralta García y en igual sentido, atendiendo a su especialidad podrá conceptuar sobre la atención brindada al paciente, su diagnóstico y respectivo tratamiento, así como de los hallazgos clínicos encontrados el trámite de la intervención quirúrgica realizada.

- 4.2 Respetuosamente solicito decretar el testimonio del médico especialista en medicina

laboral **FLOR ALBA MOLINA RAMÍREZ**, quien puede ser citada en el correo notificacionesjudiciales@axacolpatria.co - leidy.hernandez@axacolpatria.co y floralbamolinar@gmail.com La citación del testigo se realiza para que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, y en especial sobre todas las intervenciones y atenciones prodigadas al paciente.

Este testimonio solicitado es útil y pertinente, por cuanto es necesario observar desde un punto de vista clínico el actuar diligente por parte del servicio médico de las demandadas en el caso del paciente Luis Felipe Peralta García. Adicionalmente pondrá de presente los motivos de sus anotaciones clínicas en el seguimiento del paciente, circunstancia puntual que permitirá en igual sentido conocer las conclusiones que llevaron a la calificación del 0% de PCL.

- 4.3 Solicito se sirva citar a la Doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro 022292076/0. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico camilaortiz27@gmail.com.

DICTAMEN PERICIAL

- **DICTAMEN PERICIAL SOBRE EL TRAMITE Y PROCEDIMIENTO EFECTUADO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DISPENSADOS POR LA CLÍNICA UROS S.A.S.**

Comedidamente anuncio que me valdré de una prueba pericial que conceptúe las atenciones y procedimientos efectuados al paciente en sede de la Clínica Uros S.A.S. quien depondrá sobre la idoneidad y necesidad de las decisiones, así como ordenes medicas impartidas, a fin de demostrar que las atenciones brindadas corresponden a los criterios y principios de la lex artis y que efectivamente no existió ningún error en la cadena de atenciones y la intervención quirúrgica adelantada.

Esta se solicita y se anuncia de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 227 del Código General del Proceso, pues a la fecha no me es posible aportarla dada la complejidad técnica del mismo y que el término de traslado fue insuficiente para conseguir la prueba.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al despacho que se le conceda a mi representada un término no inferior a un mes con el fin de aportar dictamen pericial realizado por un perito experto en el tema, el anterior término, se justifica teniendo en cuenta la complejidad de dicho dictamen, pues se hace necesario realizar un estudio minucioso de la historia clínica del paciente a fin de demostrar que las atenciones brindadas y las decisiones del personal médico se ajustaron al caso.

El dictamen es conducente, pertinente y útil, teniendo en cuenta que el mismo podrá aclarar las circunstancias médicas del demandante con posterioridad a la ocurrencia del hecho que se estudia, las cuales, una vez analizadas, podrán determinar que no existió error alguno por parte del personal médico de la Clínica Uros S.A.S.

- **DICTAMEN PERICIAL DE CONTRADICCIÓN RESPECTO DEL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**

Comedidamente anuncio que me valdré de prueba pericial de contradicción respecto del dictamen de pérdida de capacidad laboral N° 71291585 – 82 emitido por el DR. LUIS NORBERTO CORREA SÁNCHEZ y con el cual se certifica un porcentaje de pérdida de capacidad laboral de 40,2% del señor Luis Felipe Peralta, a fin de demostrar que dicho porcentaje no corresponde a la pérdida de capacidad laboral ante las presuntas lesiones padecidas por el demandante.

Esta se solicita y se anuncia de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 227 del Código General del Proceso, pues a la fecha no me es posible aportarla dada la complejidad técnica del mismo y que el término de traslado fue insuficiente para conseguir la prueba.

En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al despacho que se le conceda a mi representada un término no inferior a un mes con el fin de aportar dictamen pericial realizado por un perito experto en el tema, el anterior término, se justifica teniendo en cuenta la complejidad de dicho dictamen, pues se hace necesario realizar un estudio minucioso de la historia clínica del paciente a fin de demostrar que el porcentaje otorgado al demandante es ajeno a la realidad.

El dictamen es conducente, pertinente y útil, teniendo en cuenta que el mismo podrá aclarar las circunstancias médicas del demandante con posterioridad a la ocurrencia del hecho que se estudia, las cuales, una vez analizadas, podrán determinar la verdadera condición del demandante respecto de su capacidad laboral.

CAPÍTULO VI

ANEXOS

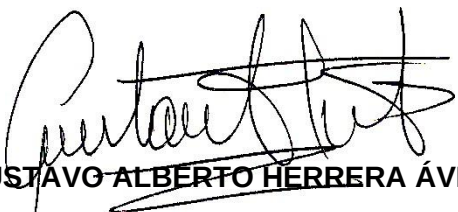
1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.

2. Certificado de Existencia y Representación legal de Allianz Seguros S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Cali, en el que consta el poder general otorgado al suscrito.

CAPÍTULO VII
NOTIFICACIONES

- La parte actora en el lugar indicado en la demanda.
- Las demandadas en el lugar indicado en sus contestaciones de demanda.
- Mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 13A N° 29-24, Piso 9, de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co
- El suscrito en la Carrera 11A # 94A - 23 oficina 201, en la ciudad de Bogotá D.C. Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

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

Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022292076 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

27 de Junio de 2018

Tomador de la Póliza

CLINICA UROS S.A.

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

Atentamente

ROJAS ARBELAEZ SANDRA LILIANA

Allianz Seguros S.A.

Allianz 

SUMARIO

PRELIMINAR.....	4
CONDICIONES PARTICULARES.....	5
Capítulo I - Datos identificativos.....	5
CONDICIONES GENERALES.....	11
Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....	11
Capítulo III - Siniestros.....	19

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

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

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

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA UROS S.A. NIT: 8130115774 CR 6 CL 16 35 NEIVA Teléfono: 6101964 Email: seg.perpetual@gmail.com
Asegurado:	CLINICA UROS S.A. NIT: 8130115774 CR 6 CL 16 35 NEIVA Teléfono: 6101964 Email: seg.perpetual@gmail.com
Póliza y duración:	Póliza n°: 022292076 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 26/06/2018 hasta las 24:00 horas del 25/06/2019. Importes expresados en PESO COLOMBIANO.
Intermediario:	Renovable a partir del 25/06/2019 desde las 24:00 horas. ROJAS ARBELAEZ SANDRA LILIANA Clave: 1705937 CALLE 17 NO. 5A - 57 1 NEIVA CC: 30319490 Teléfonos: 8710451 0 E-mail: sandral.rojas@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

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

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia

Límite asegurado evento	1.200.000.000,00
Límite asegurado vigencia	1.200.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	52,00
Grupo	B
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	6,00
Grupo	A

Ambito Temporal

SUNSET

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

Interés Asegurado

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

Coberturas contratadas

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

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1705937	ROJAS ARBELAEZ SANDRA LILIANA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Actividad Asegurada:

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Entidad hospitalaria

NOTA: SE OTORGA COBERTURA AL 100% DE LIMITE ASEGURADO CORRESPONDIENTE A PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES.

se otorga Culpa Grave: de conformidad a lo establecido en el artículo 1127 del Código de Comercio.

DEDUCIBLES:

PLO: 10% DE LA PERDIDA, MINIMO \$5.000.000

RC PROFESIONAL: 10% DE LA PERDIDA, MINIMO \$5.000.000

SUBJETIVIDAD:

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

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 887819061

Período: de 26/06/2018 a 25/06/2019

Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	43.000.000,00
IVA	8.170.000,00
IMPORTE TOTAL	51.170.000,00

Servicios para el Asegurado

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

En cualquier caso

El Asesor ROJAS ARBELAEZ SANDRA LILIANA

Teléfono/s: 8710451 0

También a través de su e-mail: sandral.rojas@allia2.com.co

Sucursal: NEIVA

Urgencias y Asistencia

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

En Bogotá5941133

Desde su celular al #265

www.allianz.co

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

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



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

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

CLINICA UROS S.A.

ROJAS ARBELAEZ
SANDRA LILIANA

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

Capítulo II

Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

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

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

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

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

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

profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Gastos de Defensa

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

Cauciones Judiciales

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

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

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

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES ADICIONALES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

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

1. Por daños derivados del ejercicio de una profesión médica / odontológica con fines

diferentes al diagnóstico o a la terapia.

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

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

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

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

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

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

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

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

Eventos Cubiertos:

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

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

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

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus actividades normales en relación con:

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

Gastos Cubiertos:

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

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

Cauciones Judiciales

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

Capítulo III

Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

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

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

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

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

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

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

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

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

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

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

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

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

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

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

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

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

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

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

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

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

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

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

DEFINICIONES.

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

- 1. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su

responsabilidad como tal.

2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad Sunset

Se entenderá por RECLAMACIÓN:

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

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

5. SINIESTRO:

En Modalidad Sunset

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

6. LIMITE ASEGURADO.

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

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

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

7. PRIMA

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

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

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

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

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

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

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

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

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

retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

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

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

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

10. GARANTÍAS

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

- 10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.
- 10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.
- 10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.
- 10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

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

DERECHOS DE INSPECCIONES

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

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

- 11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.

- 11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.
- 11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.
- 11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizadas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la cobertura.

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

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

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

12. CESIÓN.

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

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.

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

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

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

14. AMBITO TERRITORIAL

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

15. SUBROGACIÓN

La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la

Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

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

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMIENTO

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

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

17. NOTIFICACIONES

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

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

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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

19. DOMICILIO

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

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



ROJAS ARBELAEZ SANDRA LILIANA

Agente de Seguros Vinculado

CC: 30319490

CALLE 17 NO. 5A - 57 1

NEIVA

Tel. 8710451

E-mail: sandral.rojas@allia2.com.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24

Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

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

Nit. 860026182 - 5