

Señores

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
DEMANDANTES: WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA Y OTROS
DEMANDADOS: DUMIAN MEDICAL S.A.S.
RADICACIÓN: 19001310300220220001100

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de **LIBERTY SEGUROS S.A.**, tal y como se encuentra acreditado en el expediente; a través del presente escrito procedo a contestar la demanda de responsabilidad civil promovida por **WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA Y OTROS** en contra de **DUMIAN MEDICAL S.A.S.** y, acto seguido procederé a contestar el llamamiento en garantía formulado por este último, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, de conformidad con lo que se consigna a continuación:

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA POR AUSENCIA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE LIBERTY SEGUROS S.A.

Señor Juez, teniendo en cuenta que mi prohijada carece de legitimación en la causa por pasiva, comedidamente solicito que se profiera sentencia anticipada respecto de la misma, lo anterior, como quiera que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 no ofrece cobertura temporal para el caso en concreto y, en ese sentido, continuar con su vinculación iría en contravía de los principios de eficacia y celeridad de la administración de justicia, haciéndola incurrir en un desgaste procesal en el que finalmente no podrá resultar condenada.

Respecto de lo anterior, es importante resaltar que la legitimación por pasiva ha sido concebida como la “calidad subjetiva reconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso”¹, de forma tal que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el Juez adoptar una decisión de fondo o, en caso de que ello ocurra, la misma no puede resultar desfavorable a los intereses procesales de aquella.² Dicho en otras palabras, la legitimación en la causa debe ser estudiada en cualquier trámite judicial para determinar quiénes deben o pueden reclamar lo que se pretende y a quién se debe o se puede solicitar lo pretendido.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, es importante destacar que mi representada no está legitimada en la causa para comparecer a este proceso, pues su vinculación se dio únicamente en virtud de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, la cual no ofrece cobertura, puesto que no se cumplen los presupuestos pactados para que esta opere. Lo anterior como quiera que la referida póliza fue pactada bajo la modalidad “CLAIMS MADE”, la cual prevé que para su afectación es necesario: I) que los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo de retroactividad y II) que la reclamación se presente en su periodo de vigencia, tal y como a continuación se evidencia:

CONDICIONES PARTICULARES:
- MODALIDAD: CLAIMS MADE PARA EL AMPARO DE RC PROFESIONAL CLÍNICAS/HOSPITALES
- RETROACTIVIDAD DESDE: (06/09/2011)

¹ Corte Constitucional, Sentencia T-416 de 1997 (M.P. Antonio Barrera Carbonell).

² Corte Constitucional, Sentencia C-965 de 2003 (M.P. Rodrigo Escobar Gil).

Así las cosas, es importante indicar que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 tuvo un periodo de vigencia comprendido entre las 00:00 horas del 03/02/2020 hasta las 00:00 horas del 03/02/2021, empero, como en el presente caso la reclamación al asegurado se materializó mediante la audiencia de conciliación llevada a cabo el día 07/09/2021, se concluye sin lugar a dudas que la precitada póliza no ofrece cobertura, pues la reclamación no se presentó en su periodo de vigencia

Respecto de lo anterior, es importante destacar que la modalidad “CLAIMS MADE” tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, así:

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

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

Si bien el artículo 1131 del Código de Comercio estipula que el siniestro se entiende ocurrido “en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado”, con la precitada norma se permitió, a través del pacto expreso entre contratantes, que se amparen hechos anteriores a la vigencia del seguro (retroactividad), bajo la condición de que la reclamación se realice dentro de la referida vigencia. Esto no quiere decir que el requerimiento sea requisito para que se configure la responsabilidad, sino que la obligación de pago de la aseguradora se sujeta al reclamo en el curso de la póliza.

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido la modalidad CLAIMS MADE y su posibilidad de coexistir con las demás disposiciones que se encuentran en el Código de Comercio:

“Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, **si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido**, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual”³. (subrayado y negrilla fuera del texto original)

En consecuencia, como la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 fue pactada bajo la precitada modalidad y como no se cumplen los 2 supuestos necesarios para su cobertura temporal, se concluye que mi representada no está obligada al pago de suma alguna por concepto de indemnización de perjuicios, motivo por el cual, se hace completamente evidente la falta de legitimación en la causa por pasiva y la consecuencial necesidad de que se profiera sentencia anticipada, ordenándose la desvinculación de mi prohijada del presente asunto.

Respecto a la solicitud de sentencia anticipada, es preciso memorar que el artículo 278 del

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 18 de julio de 2017, MP. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado 76001-31-03-001-2001-00192-01.

Código General del Proceso, en su tenor literal reza:

“(…) 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**.

Dicha regla, guarda una consonancia intrínseca con el artículo 42 del Código General del Proceso, la cual indica:

“ARTÍCULO 42. DEBERES DEL JUEZ. Son deberes del juez:

1. Dirigir el proceso, velar por su rápida solución, presidir las audiencias, adoptar las medidas conducentes para impedir la paralización y dilación del proceso y procurar la mayor economía procesal. (...)
8. Dictar las providencias dentro de los términos legales, fijar las audiencias y diligencias en la oportunidad legal y asistir a ellas. (...)
15. Los demás que se consagren en la ley.”

Así las cosas, le ruego a este honorable Despacho, reconocer mediante sentencia anticipada la falta de legitimación por pasiva de mi prohijada y en consecuencia se ordene la desvinculación de ésta.

I. CONTESTACIÓN DE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que atañen a circunstancias íntimas y personales de la parte activa del litigio, las cuales no guardan relación con el desarrollo de las actividades normales de mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 2: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que atañen a circunstancias íntimas y personales de la parte activa del litigio, las cuales no guardan relación con el desarrollo de las actividades normales de mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 3: No es cierto, pues de conformidad con el registro civil de nacimiento aportado al plenario, el padre del señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA es el señor FRANCO BOLIVAR DÍAZ PERAFÁN y no el señor FRANKY DÍAZ PERAFÁN como erradamente se indica en este numeral:

REPUBLICA DE COLOMBIA ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	
NUIP		Tipo de certificado	Datos Esenciales <input type="checkbox"/> Acreditar Parentesco <input checked="" type="checkbox"/>
Datos del Inscrito			
Apellidos y Nombres completos DIAZ CORDOBA WILMER JAIR			
Fecha de Nacimiento (Mes en letras)		Sexo (en letras) Tipo Sanguíneo	
Año 1 9 9 4	Mes F E B	Día 1 2	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)			
COLOMBIA CAUCA BOLÍVAR			
Fecha de inscripción (Mes en letras)		Indicativo social	
Año 1 9 9 5	Mes E N E	Día 1 3	FOLIO No. 21386055
Datos de la Madre			
Apellidos y Nombres completos			
CORDOBA GOMEZ LUCERO ADRIANA		Nacionalidad	
Documento de Identificación (Clase y número)		COLOMBIANO	
Datos del Padre			
Apellidos y Nombres completos			
DIAZ PERAFAN FRANCO BOLIVAR		Nacionalidad	
Documento de Identificación (Clase y número)		COLOMBIANO	

FRENTE AL HECHO 4: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que atañen a circunstancias íntimas y personales de la parte activa del litigio, las cuales no guardan relación con el desarrollo de las actividades normales de mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 5: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que atañen a circunstancias íntimas y personales de la parte activa del litigio, las cuales no guardan relación con el desarrollo de las actividades normales de mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 6: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que atañen a circunstancias íntimas y personales de la parte activa del litigio, las cuales no guardan relación con el desarrollo de las actividades normales de mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 7: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que atañen a circunstancias íntimas y personales de la parte activa del litigio, las cuales no guardan relación con el desarrollo de las actividades normales de mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 8: A mi mandante no le constan las afirmaciones realizadas en este numeral, toda vez que las mismas son completamente ajenas a su conocimiento, máxime cuando las mismas no guardan relación con el desarrollo de las actividades normales de mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 9: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CORDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 10: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 11: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 12: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 11 (SE REPITE): A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 12 (SE REPITE): A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 13: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 14: No es un hecho, pues corresponde a una serie de apreciaciones subjetivas e infundadas de la parte actora, las cuales no se encuentran plenamente probadas y, en ese sentido, serán los demandantes quienes deberán demostrar tales situaciones, conforme lo prevé el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO 15: No es un hecho, pues corresponde a una serie de apreciaciones subjetivas e infundadas de la parte actora, las cuales no se encuentran plenamente probadas y, en ese sentido, serán los demandantes quienes deberán demostrar tales situaciones, conforme lo prevé el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO 16: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente

suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 17: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 18: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 19: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 20: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 21: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 22: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 23: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 24: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 25: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 26: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 27: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 28: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 29: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 30: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 31: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, debe advertirse que en el plenario no se encuentra acreditado una indebida atención médica, así como tampoco una pérdida de capacidad laboral o un padecimiento

moral como el que se alega en este numeral. Por lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 32: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que atañen a circunstancias íntimas y personales de la parte activa del litigio, las cuales no guardan relación con el desarrollo de las actividades normales de mi prolijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Con todo, debe resaltarse que en el presente caso no se encuentra acreditada el supuesto padecimiento moral, así como tampoco se encuentra demostrada la supuesta mala praxis alegada por los accionantes.

FRENTE AL HECHO 33: No es un hecho, pues corresponde a una serie de apreciaciones subjetivas e infundadas de la parte actora, las cuales no se encuentran plenamente probadas y, en ese sentido, serán los demandantes quienes deberán demostrar tales situaciones, conforme lo prevé el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO 34: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no fue vinculada al trámite de conciliación extrajudicial que supuestamente se llevó a cabo el día 07/09/2021.

FRENTE AL HECHO 35: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no fue vinculada al trámite de conciliación extrajudicial que supuestamente se llevó a cabo el día 07/09/2021.

FRENTE AL HECHO 36: No es un hecho sino una apreciación subjetiva del Decreto 564 de 2020 y del Acuerdo PCSJA20-11549 de fecha 07 de mayo de 2020.

FRENTE AL HECHO 37: Conforme a los documentos incorporados al plenario, es cierto que los accionantes le confirieron poder a los abogados WEIMAN LÚDER GUZMAN CALVACHE y CESAR NICOLÁS IMBACHÍ PÉREZ.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: Me opongo de manera rotunda a lo pretendido por la parte actora, debido a que de conformidad con las pruebas que reposan en el plenario, la atención brindada por parte de DUMIAN MEDICAL S.A.S. fue diligente, oportuna y cuidadosa y, en virtud de lo anterior, debe precisarse desde este momento que en el presente caso no se cumplen los presupuestos para obtener la declaratoria de responsabilidad médica en cabeza de la entidad llamante en garantía, pues para ello resultaba necesario que los demandantes probaran la existencia de un acto médico o de una actuación producida con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicha actuación, circunstancia que no fue debidamente comprobada por la parte actora.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: Teniendo en cuenta que la anterior pretensión es completamente improcedente, también me opongo a la presente como quiera que en el presente asunto no hay lugar a una declaratoria de responsabilidad civil médica de la que pendería el reconocimiento de los supuestos perjuicios solicitados en este numeral.

En adición a lo expuesto y sin perjuicio de la imposibilidad de que se pueda declarar una

responsabilidad civil médica, se destaca que las pretensiones de la demanda son excesivamente altas y denotan un afán de lucro imposible de atender, pues las mismas exceden ampliamente los criterios jurisprudenciales decantados por la Corte Suprema de Justicia, sin que lo manifestado implique reconocimiento de responsabilidad u obligación alguna a cargo de mi representada.

Ahora bien, dado que esta petición contiene varias solicitudes procederé a pronunciarme frente a cada una de ellas:

OPOSICIÓN FRENTE A LOS PERJUICIOS MORALES:

Me opongo a lo pretendido por la parte actora por concepto de perjuicios morales, debido a que, en primer lugar, cualquier reconocimiento por este concepto resulta improcedente, bajo el entendido de que la indemnización del daño moral solo procede cuando existe responsabilidad del Demandado y comoquiera que en este caso no existe tal responsabilidad, claramente no hay lugar a su reconocimiento

Adicionalmente, no puede pasarse por alto que de todas maneras la tasación propuesta para los perjuicios morales es exorbitante y supera los topes máximos fijados por la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia para esta tipología de perjuicio, ya que supera no solo el tope establecido de \$60.000.000, para los casos más graves como cuando ha ocurrido una muerte⁴, sino también el tope establecido para casos en los que la víctima sufrió trauma de tejidos blandos, de cadera y pelvis, traumatismo craneoencefálico, paresia de ojo derecho y depresión con una pérdida de capacidad laboral de 65.68%, en donde esta alta corte ha reconocido la suma de \$10.000.000 a la víctima directa.⁵

Así las cosas, ruego señor Juez que se tengan en cuenta los argumentos expuestos de manera precedente y se deniegue lo pretendido por la parte actora.

OPOSICIÓN FRENTE A LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O A LA VIDA DE RELACIÓN:

Respecto a la existencia y cuantificación del perjuicio a la vida de relación, debemos advertir que en el plenario no hay soporte alguno de su causación, haciéndose de esta forma completamente inviable algún reconocimiento por este concepto, pues el mismo no es objeto de presunción. Adicionalmente, debe decirse que esta pretensión es completamente impróspera pues el demandante además de no justificar de manera alguna la valoración sobre la tasación de dichas sumas de dinero, no acreditó la responsabilidad civil que demanda.

En todo caso, la solicitud que pretenden con relación a este perjuicio resulta claramente excesiva e injustificada. Basta revisar la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en donde ha emitido condenas por concepto de “daño a la vida de relación” para concluir que no se encuentra correctamente estimado este tipo de perjuicio, así:

- A. Esa Magistratura en el fallo SC-5885 del 06-05-2016, fijó \$20 millones por este perjuicio a la víctima directa, una mujer joven que sufrió perturbación psíquica permanente y deformación física en el cuerpo de carácter permanente con la colocación de una válvula de drenaje en el cerebro; al momento del accidente contaba con 17 años de edad.

⁴ Sentencia dentro del proceso radicación No.11001-02-03-000-2019-02385-00, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona

⁵ CSJ, SC-4966-2019.

- B. La CSJ en sentencia del 21-02-201813 reconoció 25 SMMLV (\$19.531.050) para la víctima directa quien por un accidente de tránsito le fue amputada la pierna derecha y perdió el 30% de su capacidad laboral.
- C. La CSJ en sentencia del 18-11-201915, reconoció \$20 millones para una mujer que en accidente de tránsito sufrió trauma de tejidos blandos, de cadera y pelvis, traumatismo craneoencefálico, paresia de ojo derecho y depresión con una pérdida de capacidad laboral de 65.68% dictaminada por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Así las cosas, en el remoto e improbable caso en que se llegaren a acreditar los elementos de la responsabilidad civil extracontractual, la tasación por concepto de daño a la vida en relación deberá ser muy inferior a los valores precitados, pues dichos rubros se reconocieron para unas afectaciones ciertas, comprobadas, acreditadas y superiores a las que se alegan en el caso de marras.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD:

En cuanto a la supuesta pérdida de oportunidad, debo indicar como primera medida que los acontecimientos eventuales o hipotéticos no generan ningún tipo de responsabilidad, pues la certeza es una característica del daño indemnizable. En este punto, resulta pertinente traer a colación los criterios que la Corte Suprema ha desarrollado en su jurisprudencia para identificar la procedencia del reconocimiento de este perjuicio:

Sus presupuestos axiológicos, para que pueda considerarse como daño indemnizable según la elaboración jurisprudencial de esta Corporación refieren a: **(i)** Certeza respecto de la existencia de una legítima oportunidad, y aunque la misma envuelva un componente aleatorio, la “chance” diluida debe ser seria, verídica, real y actual; **(ii)** Imposibilidad concluyente de obtener el provecho o de evitar el detrimento por razón de la supresión definitiva de la oportunidad para conseguir el beneficio, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización[...]; y **(iii)** La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; no es cualquier expectativa o posibilidad la que configura el daño, porque si se trata de oportunidades débiles, lejanas o frágiles, no puede aceptarse que [...] su frustración inevitablemente conllevaría en la afectación negativa del patrimonio u otros intereses lícitos.⁶

En el caso que nos ocupa, se tiene que el apoderado de la parte actora en el escrito de demanda no explica cuál es la supuesta oportunidad que ha perdido el demandante y mucho menos aporta alguna prueba tendiente a demostrar la configuración de este perjuicio. Así, se tiene que olvidar la parte demandante que para que se considere que se consumó una pérdida de oportunidad, la existencia del chance debe estar acreditada de forma suficiente. En todo caso, se destaca que no es procedente indemnizar una mera expectativa; sin embargo, en el caso que nos ocupa, brillan por su ausencia los medios de prueba que acrediten este asunto.

Con todo, se limita la parte actora a anunciar la supuesta causación del perjuicio, omitiendo el cumplimiento de la carga procesal, según la cual debe acreditar la presencia de los

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de junio de 2016. Rad: 2006-272. (M.P: Margarita Cabello Blanco)

supuestos fácticos y jurídicos necesarios que hagan viable el reconocimiento de la supuesta pérdida de oportunidad, que, desde luego, es inexistente en el presente asunto.

Por lo anterior, solicito al Despacho denegar lo pretendido por la parte actora.

OPOSICIÓN FRENTE AL LUCRO CESANTE:

Respecto al lucro cesante reclamado debe recordarse que dicho perjuicio debe ser cierto, pues de otra forma constituiría un enriquecimiento sin causa prohibido en nuestro ordenamiento, es así como la sentencia SC11575-2015 del 05 de mayo de 2015, se refirió a este tipo de perjuicio como:

“(...) El lucro cesante, jurídicamente considerado en relación con la responsabilidad extracontractual, es entonces la privación de una ganancia esperada en razón de la ocurrencia del hecho lesivo, o, en palabras de la Corte, “está constituido por todas las ganancias ciertas que han dejado de percibirse o que se recibirán luego, con el mismo fundamento de hecho” (CSJ SC de 7 de mayo de 1968)”.

En igual sentido y con relación al lucro cesante futuro, ha manifestado la misma Corporación que:

“La jurisprudencia de esta Corte cuando del daño futuro se trata y, en particular, del lucro cesante futuro, ha sido explícita ‘en que no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho’, acudiendo al propósito de determinar ‘un mínimo de razonable certidumbre’, a ‘juicios de probabilidad objetiva’ y ‘a un prudente sentido restrictivo cuando en sede litigiosa’, se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daño en la medida en que obre en autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido (cas. civ. sentencia de 4 de marzo de 1998, exp. 4921)” (CSJ SC del 9 de septiembre de 2010, Rad. n.º 2005-00103-01; se subraya). (Negritas fuera del texto original)

En consecuencia de lo anterior, es menester señalarle al despacho que en el remoto e hipotético caso en que se llegare a acreditar una responsabilidad civil extracontractual, debe tenerse en cuenta que: I) no es viable acceder a la liquidación relacionada en esta pretensión, pues el demandante no acredita los ingresos ciertos que supuestamente dejó de obtener y, en consecuencia, reconocer algún monto sería indemnizar un daño incierto, desconocido y eventual, II) Al no encontrarse debidamente demostrado un vínculo laboral en cabeza del accionante, no puede incrementársele un porcentaje por concepto de prestaciones sociales y III) no se ha acreditado que el demandante WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA tenga una pérdida de capacidad laboral.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3: Teniendo en cuenta que la primera pretensión es completamente improcedente, también me opongo a la presente como quiera que en el presente asunto no hay lugar a la declaratoria de responsabilidad civil médica.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4: Teniendo en cuenta que la primera pretensión es completamente improcedente, también me opongo a la presente como quiera que en el presente asunto no hay lugar a la declaratoria de responsabilidad civil médica.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 5: Teniendo en cuenta que la primera pretensión es completamente improcedente, también me opongo a la presente como quiera que en el presente asunto no hay lugar a la declaratoria de responsabilidad civil médica y, adicionalmente, es completamente improcedente la acumulación de interés moratorio con indexación, pues ambas tienen el mismo fin.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 6: Teniendo en cuenta que la primera pretensión es completamente improcedente, también me opongo a la presente como quiera que en el presente asunto no hay lugar a la declaratoria de responsabilidad civil médica.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 7: ME OPONGO a la declaratoria de esta pretensión de condena, pues la misma depende de la prosperidad de la primera y al ser dicha pretensión improcedente, también lo es la presente, debiéndose emitir dicha condena en costas y agencias en derecho en contra de la parte actora.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Conforme lo dispone el Art. 206 del Código General del Proceso y sin que ello signifique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, respetuosamente presento objeción al Juramento Estimatorio de la demanda, como quiera que el monto de los perjuicios que se reclaman resulta del todo exagerado e improcedente, pues: (i) no se ha estructurado la responsabilidad que pretende endilgarse a los demandados, y ii) no existe prueba alguna del perjuicio alegado.

Es preciso señalar que, en materia de indemnización de perjuicios, opera el principio donde el daño y su cuantía deben estar plenamente comprobados para proceder a su reconocimiento, toda vez que al fallador de instancia le está proscrita la posibilidad de presumir como cierto un perjuicio. 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 menester acreditar debidamente su producción.

Esto comprende su identificación y obviamente su cuantificación cierta bajo las operaciones ya reconocidas por vía jurisprudencial y doctrinal, puesto que el operador judicial tiene que concretarse a lo que ciertamente está acreditado en el expediente. De manera que lo que no aparezca allí simplemente no existe y por ende no puede ser considerado por el Juez. Así las cosas, procedo a pronunciarme frente a cada uno de los perjuicios relacionados en el Juramento Estimatorio:

FRENTE AL LUCRO CESANTE:

Respecto al lucro cesante reclamado debe recordarse que dicho perjuicio debe ser cierto, pues de otra forma constituiría un enriquecimiento sin causa prohibido en nuestro ordenamiento, es así como la sentencia SC11575-2015 del 05 de mayo de 2015, se refirió a este tipo de perjuicio como:

“(...) El lucro cesante, jurídicamente considerado en relación con la responsabilidad extracontractual, es entonces la privación de una ganancia esperada en razón de la ocurrencia del hecho lesivo, o, en palabras de la Corte, “está constituido por todas las ganancias ciertas que

han dejado de percibirse o que se recibirán luego, con el mismo fundamento de hecho” (CSJ SC de 7 de mayo de 1968)”.

En igual sentido y con relación al lucro cesante futuro, ha manifestado la misma Corporación que:

“La jurisprudencia de esta Corte cuando del daño futuro se trata y, en particular, del lucro cesante futuro, ha sido explícita ‘en que no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho’, acudiendo al propósito de determinar ‘un mínimo de razonable certidumbre’, a ‘juicios de probabilidad objetiva’ y ‘a un prudente sentido restrictivo cuando en sede litigiosa’, se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daño en la medida en que obre en autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido (cas. civ. sentencia de 4 de marzo de 1998, exp. 4921)” (CSJ SC del 9 de septiembre de 2010, Rad. n.º 2005-00103-01; se subraya). (Negrillas fuera del texto original)

En consecuencia de lo anterior, es menester señalarle al despacho que en el remoto e hipotético caso en que se llegare a acreditar una responsabilidad civil extracontractual, debe tenerse en cuenta que: I) no es viable acceder a la liquidación relacionada en esta pretensión, pues el demandante no acredita los ingresos ciertos que supuestamente dejó de obtener y, en consecuencia, reconocer algún monto sería indemnizar un daño incierto, desconocido y eventual, II) Al no encontrarse debidamente demostrado un vínculo laboral en cabeza del accionante, no puede incrementársele un porcentaje por concepto de prestaciones sociales y III) no se ha acreditado que el demandante WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA tenga una pérdida de capacidad laboral, motivo por el cual este perjuicio queda completamente desvirtuado.

Por estos motivos y especialmente ante la ausencia probatoria de los perjuicios, es que se objeta integralmente el juramento estimatorio.

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

1. COADYUVANCIA DE LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR LA SOCIEDAD QUE FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Solicito al juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por DUMIAN MEDICAL S.A.S., las cuales coadyuvo, solo en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

2. INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA POR PARTE DE DUMIAN MEDICAL S.A.S.

Señor Juez, se interpone la presente excepción teniendo en cuenta que de conformidad con las pruebas que reposan en el plenario, se puede concluir que todo el manejo médico del señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA fue tratado por profesionales idóneos y con los

medios adecuados para brindar el tratamiento apropiado a la condición de salud del paciente, pues al referido señor DÍAZ CÓRDOBA se le atendió en todo momento de conformidad con los protocolos de manejo y, en general no se escatimo ningún medio para la atención del paciente, debiéndose concluir que no tuvo lugar ninguna acción u omisión de tal entidad o del equipo médico y, en ese sentido, debe entenderse que no se cumplen los presupuestos para obtener la declaratoria de responsabilidad médica en cabeza de dicha entidad, pues para ello resultaba necesario que los demandantes probaran la existencia de un acto médico o de una actuación producida con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicha actuación, empero, como tales circunstancias no fueron debidamente acreditadas por la parte actora, indiscutiblemente debe exonerarse de responsabilidad al precitado instituto.

En igual sentido, es importante resaltar que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado, motivo por el cual, si se acredita -como en el presente caso- que los procedimientos u exámenes se encuentran ajustados a la *lex artis*, no puede declararse existencia de una responsabilidad civil médica ante un eventual resultado desfavorable. Es así como la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 15 de septiembre de 2016, se pronunció respecto de tal situación:

“(…) El médico tan solo 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 (…)⁷”

Así las cosas, no queda duda que para la Corte Suprema de Justicia existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al establecer:

De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, 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 pagando 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 la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros.”⁸

En el mismo pronunciamiento indicó:

“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

⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicado No. 2001-00339. M.P. Margarita Cabello Blanco.

⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado 110-2017 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

del reglamento médico.”⁹

De forma similar, en pronunciamiento del 30 de septiembre de 2016, la Corte Suprema de Justicia expuso que:

“La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”

En concordancia con lo dicho, 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)

Dado lo anterior, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad médica, puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada y, 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 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 el actuar de DUMIAN MEDICAL S.A.S. se sujetó a los más altos estándares médicos al momento de realizar los exámenes médicos, motivo por el cual, no existe la más mínima posibilidad de que se declare una responsabilidad civil medica en cabeza suya.

Respecto de lo dicho, es importante realizar un breve recuento de la atención médica suministrada por DUMIAN MEDICAL S.A.S. a fin de demostrar que la atención médica suministrada por la precitada entidad fue perita, diligente y oportuna, así:

El día 7 octubre del 2020 el señor DÍAZ CÓRDOBA ingresó a la Clínica Santa Gracia con trauma en tercio distal de pierna izquierda y herida compleja en de 7 cm contaminada con restos vegetales y piedras, en donde se le practicaron imágenes diagnosticas, se le suministró antibiótico de amplio espectro y se solicitó valoración por Cx plástica.

El día 8 de octubre es valorado por cirugía plástica, en donde se refiere que el señor DÍAZ CÓRDOBA contaba con una herida de diez cm anterior en pierna izquierda con borde irregular desvitalizado, perdida de tejido muscular y exposición ósea sucia, motivo por el

⁹ Ibidem

cual se traslada a sala de cirugía y se realiza desbridamiento escisional menor del 10% de superficie corporal en área eneral + colgajo local de piel compuesto de vecindad entre cinco a diez centímetros cuadrados, se realiza lavado con agua oxigenada y solución salina, desbridamiento superficial y profundo hasta dejar tejido con sangrado puntiforme, se realiza colgajo compuesto de avance y se sutura el musculo con vicryl 3 fascia vicryl 3 piel prollene 3 se cubre con nitrofurazona y vendaje bultoso. Al salir del quirófano es trasladado a sala de hospitalización general, en donde el paciente es manejado por médicos generales y especialistas en cirugía plástica que refieren: “paciente en post-quirúrgico adecuado, con buena evolución clínica, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, no hay evidencia de sangrado activo por heridas quirúrgicas, hemodinámicamente estable”.

El día 9 de octubre es valorado nuevamente por cirugía plástica, en donde se refiere que el paciente tiene una evolución satisfactoria, se destapó la herida y se evidenció colgajo viable 100% no colección no dehiscencia no sufrimiento quemadura por abrasión limpia.

El día 19 de noviembre el señor DÍAZ CÓRDOBA acude a su consulta de control con cirugía plástica, donde se refiere: paciente en posoperatorio de mes y medio de colgajo en pierna izquierda refiere falta de plantiflexión de pie izquierdo movilidad de dedos conservada sensibilidad positiva y se observa cicatriz ensanchada en pierna distal izquierda.

Finalmente, es pertinente manifestar y recalcar que el presenta caso se trató de una lesión severa de los tejidos blandos y que hubo pérdida de tejidos en el momento de trauma los cuales pudieron ocasionar pérdida tendinosa.

Así las cosas, se concluye que todo el manejo médico de las dolencias padecidas por el señor WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA fueron tratadas por profesionales idóneos, con medios adecuados para brindar el tratamiento apropiado a la condición de salud del paciente, cumpliéndose de este modo con la lex artis.

En consecuencia, se solicita al honorable Juez que niegue todas las pretensiones de la demanda, en virtud de la debida diligencia con la que actuó DUMIAN MEDICAL S.A.S.

3. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

Se formula esta excepción con el fin de exponer la inexistencia de nexo causal entre las conductas de DUMIAN MEDICAL S.A.S. y los supuestos perjuicios padecidos por el señor DÍAZ CÓRDOBA pues, en primer lugar, la atención y tratamiento de las patologías y sintomatologías del paciente se realizaron de manera adecuada tal como lo indica la literatura médica y la lex artis y, en segundo lugar, los demandantes no allegaron ninguna prueba al plenario que demuestre tal elemento.

Respecto de lo anterior, es importante destacar que la teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la causalidad adecuada, que a diferencia de la teoría de la equivalencia de condiciones, en la que simplemente basta 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.

“(…) aquél que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más ‘adecuado’, el más idóneo para producir el resultado, atendidas por lo demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas

circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuadas para generarlo”¹⁰

Es preciso señalar que la teoría de la causa adecuada ha sido la escogida por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en diferentes sentencias como la teoría aplicable en Colombia, de las cuales se destacan sentencias de fecha 06 de agosto de 2007¹¹, 30 de septiembre de 2016¹² y 12 de enero de 2018¹³.

En este orden de ideas, 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 extremo demandado

Así las cosas, en el caso que nos ocupa es claro que DUMIAN MEDICAL S.A.S. intervino en la atención del señor DÍAZ CÓRDOBA, al realizar una serie de procedimientos, exámenes médicos e intervenciones quirúrgicas que se efectuaron en cumplimiento de los protocolos de la lex artis, motivo por el cual no puede entenderse que tal actuación hubiere sido la causa eficiente de sus padecimientos.

Aunado a ello, se debe tomar en consideración que la carga de la prueba del nexo de causal se encuentra en cabeza de la parte actora. De esta forma, si los demandantes no acreditan el mencionado nexo de causalidad, todas las pretensiones esbozadas en el líbello de la demanda deberán ser desestimadas, al no existir uno de los elementos estructurales de la responsabilidad. En otras palabras, bajo la premisa de que la carga de la prueba del nexo causal está en cabeza de los demandantes, en el evento en que este no logre acreditar el nexo causal, se deberán denegar las pretensiones de la demanda. A este respecto, precisó el máximo órgano de que la jurisdicción civil que:

“Se sigue de ello que el nexo causal entre la conducta imputable al demandado y el efecto adverso que de ella se deriva para el demandante, debe estar debidamente acreditado porque el origen de la responsabilidad gravita precisamente en la atribución del hecho dañoso al demandado”¹⁴

De acuerdo con el criterio jurisprudencial citado, resulta claro que hay una carga demostrativa a cargo del extremo actor de probar el nexo causal entre la atención médica prestada y el efecto adverso alegado para que pueda dar lugar a la responsabilidad a cargo del extremo pasivo. Sin embargo, en el proceso no hay una sola prueba que demuestre una relación causa efecto entre la atención prestada por DUMIAN MEDICAL S.A.S. y los supuestos padecimientos alegados por el señor DÍAZ CÓRDOBA

En conclusión, en el caso concreto brilla por su ausencia uno de los elementos fundantes de la responsabilidad civil, como lo es el nexo de causalidad y, en virtud de tal situación, solicito desde ya al Honorable Despacho que niegue todas las pretensiones de la demanda, teniendo en cuenta que incumplió con la carga de la prueba a su cargo.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. Sentencia del 15 de enero de 2008. Expediente 87300.

¹¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Expediente 19858. Agosto 6 de 2007

¹² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC13925-2016. Septiembre 30 de 2016

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC002-208. Enero 12 de 2018.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 658-95. junio 23 de 2005

4. TASACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS MORALES PRETENDIDOS POR LOS DEMANDANTES.

Se propone la presente excepción toda vez que los demandantes pretenden una cuantiosa indemnización con ocasión de unos supuestos perjuicios extrapatrimoniales, no obstante, tal reconocimiento es completamente impróspera, toda vez que no se encuentra demostrada la responsabilidad civil que se demanda, así como tampoco se encuentra acreditada la existencia ni la entidad del supuesto perjuicio moral que se alega. Respecto de lo anterior, se debe tener en cuenta que el perjuicio moral no opera de manera automática ante la ocurrencia de un hecho dañoso, ni se presume en todos los casos; de allí a que corresponda al juez, dentro de un análisis minucioso, objetivo y detallado de la situación, concluir si se acreditó o no la existencia de tal perjuicio, y acto seguido, de encontrarlo probado, le corresponderá determinar su cuantía, atendiendo lógicamente a criterios razonables y proporcionales que no generen un enriquecimiento injustificado a favor de los demandantes, empero, como ya se mencionó, en el presente escenario no se demostró la responsabilidad civil, así como tampoco la causación y entidad del perjuicio reclamada, debiéndose concluir que el mismo es totalmente improcedente.

En todo caso, debe indicarse que la solicitud que debe realizarse sobre este perjuicio debe encontrarse sujeta a los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil, en Sentencia SC13925 – 2016 Radicación No. 2005-00174-01 con ponencia del Magistrado Ariel Salazar Ramírez. Y, por lo tanto, para la tasación de dicho perjuicio el Juez deberá apoyar su decisión, en las pruebas allegadas y practicadas en el proceso, para efectos de determinar el grado de afectación que se haya causado a los demandantes, y con ello determinar si existe o no responsabilidad civil en cabeza de los demandados.

Con relación a lo dicho en el inciso anterior, la Corte Suprema de Justicia expone que para acceder al pago del perjuicio moral, este debe tasarse con base en lo siguiente:

“...la incidencia del daño “en la esfera particular de la persona”; con la afectación que le causó en “su comportamiento” y “sus sentimientos”; con la generación de “aflicción, soledad, (...) abandono e incluso (...) repudio familiar o social”; y con “las circunstancias especiales que rodearon este proceso”¹⁵

En ese mismo sentido, en Sentencia SC5686-2018 Radicación N° 05736 31 89 001 2004 00042 01 con ponencia de la Sra. Magistrada Margarita Cabello Blanco la Corte Suprema de Justicia, entiende por perjuicio moral lo siguiente:

“Puede sostenerse, en consecuencia, que al paso que el perjuicio moral atiende a las consecuencias extrapatrimoniales internas de la víctima, el atinente a la vida de relación busca compensar todas aquellas alteraciones extrapatrimoniales, producto de lesiones corporales, psíquicas o de bienes e intereses tutelados que terminan por afectar negativamente el desenvolvimiento vital de la víctima en su entorno”.

Descendiendo al caso en concreto, debemos indicar que los demandantes se limitan única y exclusivamente a enunciar unos supuestos padecimientos morales, pero no prueban tal situación, siendo entonces necesario que se desvirtúe tal pretensión, máxime cuando, ni siquiera se han acreditado los elementos de la responsabilidad civil que se reclaman.

De igual forma, es importante destacar que si bien es cierto que la tasación de los perjuicios morales se encuentra sujeta “al arbitrium iudicis”, es decir, al recto criterio del fallador, estos deben ser debidamente acreditados, demostrados y tasados por quien las pretende,

¹⁵ SC16690-2016, Radicación n.º 11001-31-03-008-2000-00196-01 Magistrado Ponente: Álvaro Fernando García Restrepo (10 de mayo de 2016)

teniendo en cuenta además que este tipo de perjuicios “se trata de agravios que recaen sobre intereses, bienes o derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan inasibles e inconmensurables”¹⁶ .

Para este caso en particular, los valores solicitados como indemnización por concepto de perjuicios morales, exceden los valores tasados y adjudicados por la Corte Suprema de Justicia en distintos pronunciamientos. Relacionamos, así, algunos fallos de la Sala de Casación Civil en los que emite condenas por concepto de “daño moral” para sustentar este argumento:¹⁷

- A. El máximo valor que se ha reconocido jurisprudencialmente por este tipo de perjuicio ha sido de \$60'000.000, el cual corresponde a casos de muerte.
- B. La CSJ el día 06-05-2016¹⁸ , ordenó pagar \$15 millones por esta especie de daño a la víctima directa, cuyas lesiones fueron: perturbación psíquica permanente y deformación física en el cuerpo de carácter permanente con la colocación de una válvula de drenaje en el cerebro; al momento del accidente contaba con 17 años.
- C. La CSJ en sentencia del 18-11-2019¹⁹ , reconoció \$10 millones para una mujer que en accidente de tránsito sufrió trauma de tejidos blandos, de cadera y pelvis, traumatismo craneoencefálico, paresia de ojo derecho y depresión con una pérdida de capacidad laboral de 65.68% dictaminada por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Aunado a lo anterior, encontramos que, desde la óptica jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, se ha establecido que, al no existir una normatividad que permita determinar la forma de cuantificar el daño, el precedente judicial de dicho órgano tiene cierto carácter vinculante²⁰:

“[...] a falta de normativa explícita que determine la forma de cuantificar el daño moral, el precedente judicial del máximo órgano de la jurisdicción ordinaria tiene un cierto carácter vinculante, para cuya separación es menester que el juez ofrezca razones suficientes de su distanciamiento”.

Así las cosas, en el remoto e improbable caso en que se llegaren a acreditar los elementos de la responsabilidad civil extracontractual, se concluye que la tasación de los perjuicios jamás podrá ser equivalente a la solicitada por la parte actora, pues dicha solicitud se torna completamente excesiva al ignorarse las pautas ya decantada por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

5. INEXISTENCIA DE PRUEBA DE LOS DAÑOS MATERIALES SOLICITADOS POR CONCEPTO DE LUCRO CESANTE.

Se propone la presente excepción, no solo porque en el presente caso no se cumplen los presupuestos para obtener la declaratoria de responsabilidad médica en cabeza de la entidad llamante en garantía, sino también porque la parte demandante solicita la suma de unos perjuicios que no se encuentran debidamente acreditados en el plenario. Al respecto, debe recordarse que para el reconocimiento del lucro cesante, es necesario que se acredite la “certeza” o real causación de dicho perjuicio, pues de otra forma constituiría un

¹⁶ Sentencia de casación civil de 13 de mayo de 2008, exp. 1997-09327-01

¹⁷ Cfr. TSDJ. De Pereira. Sentencia de segundo grado. Rad. 05001-31-03-005-2005-00142-01. MG. Sustanciador Duberney Grisales Herrera (en descongestión).

¹⁸ CSJ, SC-5885-2016

¹⁹ CSJ, SC-4966-2019.

²⁰ Sentencia de la SCC del 19 de diciembre de 2018, exp. 05736-31-89-001-2004-00042-01

enriquecimiento sin causa prohibido en nuestro ordenamiento, es así como la sentencia SC11575-2015 del 05 de mayo de 2015, se refirió a este tipo de perjuicio como:

“(…) El lucro cesante, jurídicamente considerado en relación con la responsabilidad extracontractual, es entonces la privación de una ganancia esperada en razón de la ocurrencia del hecho lesivo, o, en palabras de la Corte, “está constituido por todas las ganancias ciertas que han dejado de percibirse o que se recibirán luego, con el mismo fundamento de hecho” (CSJ SC de 7 de mayo de 1968)”.

En igual sentido y con relación al lucro cesante futuro, ha manifestado la misma Corporación que:

“La jurisprudencia de esta Corte cuando del daño futuro se trata y, en particular, del lucro cesante futuro, ha sido explícita ‘en que no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho’, acudiendo al propósito de determinar ‘un mínimo de razonable certidumbre’, a ‘juicios de probabilidad objetiva’ y ‘a un prudente sentido restrictivo cuando en sede litigiosa’, se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daño en la medida en que obre en autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido (cas. civ. sentencia de 4 de marzo de 1998, exp. 4921)” (CSJ SC del 9 de septiembre de 2010, Rad. n.º 2005-00103-01; se subraya). (Negritas fuera del texto original)

En consecuencia de lo anterior, es menester señalarle al despacho que en el remoto e hipotético caso en que se llegare a acreditar una responsabilidad civil extracontractual, debe tenerse en cuenta que: I) no es viable acceder a la liquidación relacionada en dicha pretensión, pues el demandante no acreditó los ingresos ciertos que supuestamente dejó de obtener y, en consecuencia, reconocer algún monto sería indemnizar un daño incierto, desconocido y eventual, II) Al no encontrarse debidamente demostrado un vínculo laboral en cabeza del accionante, no puede incrementársele un porcentaje por concepto de prestaciones sociales y III) no se ha acreditado que el demandante WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA tenga una pérdida de capacidad laboral, motivo por el cual se concluye que no se causó el referido perjuicio.

V. CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR DUMIAN MEDICAL S.A.S.

RESPECTO DEL HECHO 1: Es cierto que entre mi prohijada y DUMIAN MEDICAL S.A.S. se concertó un contrato de seguro, el cual se materializó a través de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, no obstante, para el caso en concreto la precitada póliza no se podrá afectar teniendo en cuenta que la misma no presta cobertura temporal, como quiera que fue pactada bajo la modalidad “Claims Made”, la cual prevé que para su afectación es necesario: I) que los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo de retroactividad y II) que la reclamación se presente en su periodo de vigencia, tal y como a continuación se evidencia:

CONDICIONES PARTICULARES:

- MODALIDAD: CLAIMS MADE PARA EL AMPARO DE RC PROFESIONAL CLÍNICAS/HOSPITALES
- RETROACTIVIDAD DESDE: (06/09/2011)

Respecto de lo anterior, es importante destacar que la modalidad "CLAIMS MADE" tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, así:

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

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

Así las cosas, es importante indicar que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 tuvo un periodo de vigencia comprendido entre las 00:00 horas del 03/02/2020 hasta las 00:00 horas del 03/02/2021, empero, como en el presente caso la reclamación al asegurado se materializó mediante la audiencia de conciliación llevada a cabo el día 07/09/2021, se concluye sin lugar a dudas que la precitada póliza no ofrece cobertura, pues la reclamación no se presentó en su periodo de vigencia. De allí, que no se pueda predicar cobertura, en tanto que no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura concertada.

RESPECTO DEL HECHO 2: Es cierto que para el día 07/10/2020 la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 estaba vigente, no obstante, se resalta que la misma fue convenida bajo la modalidad "CLAIMS MADE", la cual prevé que para su afectación es necesario: I) que los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo de retroactividad y II) que la reclamación se presente en su periodo de vigencia, tal y como a continuación se evidencia:

CONDICIONES PARTICULARES:

- MODALIDAD: CLAIMS MADE PARA EL AMPARO DE RC PROFESIONAL CLÍNICAS/HOSPITALES
- RETROACTIVIDAD DESDE: (06/09/2011)

Respecto de lo anterior, es importante destacar que la modalidad "CLAIMS MADE" tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, así:

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

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

Así las cosas, es importante indicar que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 tuvo un periodo de vigencia comprendido entre las 00:00 horas del 03/02/2020 hasta las 00:00 horas del 03/02/2021, empero, como en el presente caso la

reclamación al asegurado se materializó mediante la audiencia de conciliación llevada a cabo el día 07/09/2021, se concluye sin lugar a dudas que la precitada póliza no ofrece cobertura, pues la reclamación no se presentó en su periodo de vigencia. De allí, que no se pueda predicar cobertura, en tanto que no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura concertada.

RESPECTO DEL HECHO 3: Es cierto que en el presente caso los señores WILMER JAIR DÍAZ Y OTROS demandaron a DUMIAN MEDICAL S.A.S, no obstante, se resalta que tal acción no tiene vocación de prosperidad, pues el actuar de dicha entidad fue diligente, cuidadoso y acorde a los postulados de la lex artis.

RESPECTO DEL HECHO 4: Según se evidencia en la Póliza No. 49195 allegada al plenario, es cierto que para el día 07/09/2021 tal contrato de seguro se encontraba vigente.

RESPECTO DEL HECHO 5: Es parcialmente cierto, pues si bien el objeto de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 es el de cubrir la responsabilidad civil que se genere por algún error u omisión, no puede dejarse de lado que tal responsabilidad no se encuentra acreditada y, que adicionalmente la precitada póliza no presta cobertura temporal, pues la misma fue convenida bajo la modalidad "CLAIMS MADE" y tal y como se ha expuesto anteriormente, para el caso de marras no se cumplen los presupuestos necesarios para que la misma pueda operar.

Ahora bien, respecto al condicionado de la póliza 49195 debo decir que nada me consta, pues mi prohijada no hizo parte de dicho contrato de seguro.

RESPECTO DEL HECHO 6: No es cierto que de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 ofrezca cobertura, pues en primera medida no se ha demostrado la responsabilidad médica que pretende endilgársele a DUMIAN MEDICAL S.A.S. y, adicionalmente, la precitada póliza fue convenida bajo la modalidad "CLAIMS MADE", la cual prevé que para su afectación es necesario: I) que los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo de retroactividad y II) que la reclamación se presente en su periodo de vigencia, tal y como a continuación se evidencia:

CONDICIONES PARTICULARES:
- MODALIDAD: CLAIMS MADE PARA EL AMPARO DE RC PROFESIONAL CLÍNICAS/HOSPITALES
- RETROACTIVIDAD DESDE: (06/09/2011)

Respecto de lo anterior, es importante destacar que la modalidad "CLAIMS MADE" tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, así:

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

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

Así las cosas, es importante indicar que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 tuvo un periodo de vigencia comprendido entre las 00:00 horas del 03/02/2020 hasta las 00:00 horas del 03/02/2021, empero, como en el presente caso la reclamación al asegurado se materializó mediante la audiencia de conciliación llevada a

cabo el día 07/09/2021, se concluye sin lugar a dudas que la precitada póliza no ofrece cobertura, pues la reclamación no se presentó en su periodo de vigencia. De allí, que no se pueda predicar cobertura, en tanto que no se cumplen los requisitos de la modalidad de cobertura concertada.

PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR DUMIAN MEDICAL S.A.S.

RESPECTO DE LA PRETENSIÓN PRIMERA: Me opongo a cualquier declaración o condena en contra de mi representada, pues conforme a lo indicado previamente, no hay lugar a la declaratoria de responsabilidad civil extracontractual y, adicionalmente, la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 no ofrece cobertura temporal para el presente asunto.

RESPECTO DE LA PRETENSIÓN SEGUNDA: Ni la acepto ni la objeto pues esta pretensión no se dirige en contra de mi representada sino en contra de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

EXCEPCIONES DE FONDO RESPECTO DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA:

- 1. AUSENCIA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 371603, TODA VEZ QUE NO SE CUMPLEN DE MANERA SIMULTÁNEA LOS PRESUPUESTOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA PACTADA, DENOMINADA “CLAIMS MADE”.**

Se propone la presente excepción de fondo, debido a que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL frente a los hechos objeto del llamamiento en garantía. Lo anterior, toda vez que no se cumplen simultáneamente los presupuestos modalidad de cobertura CLAIMS MADE bajo la cual fue pactada, pues para ello era necesario que I) los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo de retroactividad y II) que la reclamación se presente en su periodo de vigencia, tal y como a continuación se evidencia:

CONDICIONES PARTICULARES:
- MODALIDAD: CLAIMS MADE PARA EL AMPARO DE RC PROFESIONAL CLÍNICAS/HOSPITALES
- RETROACTIVIDAD DESDE: (06/09/2011)

Respecto de lo anterior, es importante destacar que la modalidad “CLAIMS MADE” tiene su fundamento en el artículo 4 de la Ley 389 de 1997, así:

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

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

Si bien el artículo 1131 del Código de Comercio estipula que el siniestro se entiende ocurrido “en el momento de acaecimiento del hecho externo imputable al asegurado”, con la precitada norma se permitió, a través del pacto expreso entre contratantes, que se amparen hechos anteriores a la vigencia del seguro (retroactividad), bajo la condición de que la

reclamación se realice dentro de la referida vigencia. Esto no quiere decir que el requerimiento sea requisito para que se configure la responsabilidad, sino que la obligación de pago de la aseguradora se sujeta al reclamo en el curso de la póliza.

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido la modalidad *claims made* y su posibilidad de coexistir con las demás disposiciones que se encuentran en el Código de Comercio:

“Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, **si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (*claims made*), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido**, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual”²¹. (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así las cosas, es importante indicar que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 tuvo un periodo de vigencia comprendido entre las 00:00 horas del 03/02/2020 hasta las 00:00 horas del 03/02/2021, empero, como en el presente caso la reclamación al asegurado se materializó mediante la audiencia de conciliación llevada a cabo el día 07/09/2021, se concluye sin lugar a dudas que la precitada póliza no ofrece cobertura, pues la reclamación no se presentó en su periodo de vigencia

En consecuencia, como la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 fue pactada bajo la precitada modalidad y como no se cumplen los 2 supuestos necesarios para su cobertura temporal, se concluye que mi representada no está obligada al pago de suma alguna por concepto de indemnización de perjuicios y, en tal sentido, ruego al señor Juez tener en cuenta las consideraciones expuestas y que se declare probada esta excepción.

2. NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO AMPARADO MEDIANTE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 371603 Y, POR CONSIGUIENTE, NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA ALGUNA A CARGO DE LIBERTY SEGUROS S.A.

Sin perjuicio de lo enunciado en la excepción anterior, se formula la presente teniendo en cuenta que las pretensiones contenidas en el escrito de demanda carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad; especialmente porque no se ha demostrado culpa alguna en cabeza de DUMIAN MEDICAL S.A.S. y, por ello, debe declararse consecuentemente la prosperidad de la presente excepción, pues en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 se determinó de forma clara que el objeto de la misma es precisamente amparar los perjuicios que se causen a terceros a consecuencia de un error u omisión en la prestación de un servicio médico, no obstante, tal como ha quedado acreditado al interior del presente caso, los hechos a partir de los cuales se motiva el presente trámite no cuentan con relación causal alguna, no siéndole imputable el daño reclamado al asegurado y, por ende, a mi representada.

Es necesario señalar que la Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito *sine qua non* la realización del riesgo

²¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 18 de julio de 2017, MP. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado 76001-31-03-001-2001-00192-01.

asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio. Al respecto tal Corporación²² ha señalado que si bien, el hecho condicional y el evento dañino, *prima facie*, suelen surgir simultáneos, suficiente para confundirlos, lo cierto es, para generar responsabilidad, al margen de los tiempos, ambos deben aparecer concurrentes en una misma o en diferente época. De tal suerte, hasta tanto no acaezca el riesgo, es meramente una condición suspensiva (artículo 153 6 del Código Civil), que se halla en estado latente, virtual o potencial a la espera de que el acontecimiento futuro incierto acontezca o no (artículo 1530, *Ibidem*). Realizado el riesgo por el cumplimiento de la condición (artículo 1072 del Código de Comercio), nace la obligación del asegurador, por haberse configurado el siniestro, de tal suerte, la configuración del siniestro es justamente el acaecimiento de la condición.

En tal sentido, de conformidad con las obligaciones expresamente estipuladas en la póliza de Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 el amparo que se pretende afectar con la presente acción se pactó de la siguiente forma:

A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

Respecto de lo anterior, es importante resaltar que la Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito *sine qua non* la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato.

"(...) Una de las características de este tipo de seguro es "la materialización de un perjuicio de stirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa (...)"²³

Así las cosas, resulta evidente que no es posible que exista condena en contra de DUMIAN MEDICAL S.A.S, como quiera que tal entidad obró conforme a la *lex artis* y no tuvo intervención y/o injerencia alguna en los supuestos perjuicios reclamados por el señor DÍAZ CÓRDOBA y, consecuentemente, es diáfano como no obra razón alguna para que se afecte el contrato de seguro suscrito entre dicha entidad y mi prohijada, pues al no presentarse la realización del riesgo asegurado, no da lugar si quiera a establecer si asiste o no obligación indemnizatoria a cargo de LIBERTY SEGUROS S.A.

Solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

²² Sentencia SC7814-2016. Radicación 0500131030120070007201. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona

²³ Corte Suprema de Justicia SC026-1999, 22 Julio de 1999, Rad. 5065; y, Corte Suprema de Justicia SalaCivil, 24 mayo de 2000, Rad. 5439.

3. CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA EXPRESAMENTE PREVISTAS EN PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 371603.

Dentro de las condiciones particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 suscrita entre mi representada y DUMIAN MEDICAL S.A.S., se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional y la delimitación de la extensión del riesgo asumido por LIBERTY SEGUROS S.A. En efecto, en ellas se refleja la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato, y definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo, por lo que el despacho se deberá tener en cuenta dichas exclusiones a la hora de resolver la relación sustancial que vincula a mi prohijada en esta contienda.

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

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

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

En consecuencia, de hallarse configurada, según el acervo probatorio que obra dentro del proceso, además de las alegadas, alguna otra causal de exclusión consignada en las condiciones generales o particulares de la póliza no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada, y en ese sentido, ruego al Despacho que, una vez advertida la causal, se le dé aplicación, con miras a proteger los derechos e intereses que le atañen a mi prohijada.

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

4. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 371603.

Sin perjuicio de las excepciones previamente propuestas y sin que la presente constituya reconocimiento alguno de responsabilidad por parte de mi representada, se formula esta excepción, en el sentido en que es de resaltar de que, 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, 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 el contrato de seguro documentado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 se estipularon las condiciones, límites, amparos, exclusiones, causales de exoneración, sumas aseguradas, deducibles y todas aquellas generalidades y particularidades que rigen las prenombradas pólizas, y las cuales permiten enmarcar y constituir los parámetros para determinar en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi representada

Debe señalarse que todo pronunciamiento que se haga en virtud de la existencia de un contrato de seguro debe sujetarse inexorablemente al tenor literal del mismo, toda vez que es este el documento donde quedó plasmada la voluntad de los contratantes y la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, en virtud de lo dispuesto en el artículo 1056 de la normativa comercial que consagra:

“(...) Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...).”

Ahora bien, de conformidad con lo estipulado en los artículos 1079²⁴ y 1089²⁵ del previamente referenciado Código de Comercio, la responsabilidad máxima del asegurador se limita a la suma asegurada, siendo entonces ésta el límite máximo de responsabilidad asumida por la compañía aseguradora claro está si previamente se ha logrado comprobar y establecer fehacientemente que se cumplió con la condición de la cual surgió su obligación indemnizatoria.

En dicho sentido, es necesario resaltar que conforme a las condiciones particulares correspondientes a la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, se pactaron las siguientes coberturas y límites:

AMPAROS	SUBLIMITES	
	EVENTO	VIGENCIA
Responsabilidad civil profesional médica	500,000,000	1,000,000,000
Predios, labores y operaciones	1,000,000,000	1,000,000,000
Uso de equipos y aparatos médicos (por declaración expresa)	500,000,000	500,000,000
Gastos de defensa	35,000,000	70,000,000
Perjuicios extrapatrimoniales	200,000,000	400,000,000

Conforme a lo anteriormente transcrito, se tiene que las obligaciones de LIBERTY SEGUROS S.A. están enmarcadas dentro de las condiciones generales y particulares pactadas y consignadas en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, por lo que, en el remoto e improbable caso en que se profiera una sentencia en contra de mi representada, se debe limitar cualquier valor dentro de los límites asegurados, siempre y cuando no se configure una causal de exclusión, exoneración y/o inoperancia del contrato de seguro.

5. EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES No. 371603 SE PACTÓ UN DEDUCIBLE

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada. En el improbable evento en el que el

²⁴ **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, (...).

²⁵ **ARTÍCULO 1089. <LÍMITE MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN>.** 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.

Se presume valor real del interés asegurado el que haya sido objeto de un acuerdo expreso entre el asegurado y el asegurador. Este, no obstante, podrá probar que el valor acordado excede notablemente el verdadero valor real del interés objeto del contrato, mas no que es inferior a él.

honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta el siguiente deducible pactado en el contrato de seguro: **10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$62.000.000.**

En efecto, en la póliza en estudio, se estipuló adicionalmente la existencia de un deducible, el cual legalmente está permitido, luego que se encuentra consagrado en Art. 1103 del C. Co.; este reza que:

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

También 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 (...)”

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro. De conformidad con lo estipulado en las condiciones generales y particulares de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 suscrita entre mi representada y DUMIAN MEDICAL S.A.S, se pactó por concepto de deducible, lo siguiente:

DEDUCIBLES
GASTOS DE DEFENSA 10% MINIMO 15.000.000 \$ COL
DEMÁS AMPAROS 10% MINIMO 62.000.000 \$ COL

Por consiguiente, debe tenerse presente que, una vez se encuentre fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que al asegurado le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado. Se aclara además que, en vista de que se pactó un porcentaje y una suma específica, deberá aplicarse, de acuerdo a lo estipulado en la póliza, el que una vez calculado, sea mayor. Es decir que, si en la causa civil bajo su conocimiento ocurre el improbable caso de endilgarse responsabilidad a la demandada y asegurada y a mi mandante se le hiciera exigible la afectación del aseguramiento, DUMIAN MEDICAL S.A.S. tendría que cubrir el monto anteriormente indicado como deducible.

6. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.

Señor Juez, se interpone esta excepción teniendo en cuenta que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1111 Co. de Co., 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, el valor asegurado se irá disminuyendo en esos importes, existiendo la posibilidad de que para la fecha de la sentencia dicho monto ya se hubiere agotado y, en ese caso no habría lugar a indemnización alguna, tal y como se describió en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, así:

CONDICIONES PARTICULARES:

- MODALIDAD: CLAIMS MADE PARA EL AMPARO DE RC PROFESIONAL CLÍNICAS/HOSPITALES
- RETROACTIVIDAD DESDE: (06/09/2011)
- NO OPERA RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DEL LÍMITE ASEGURADO

Dicho de otro modo, si se hubiere afectado o llegara a afectarse el amparo concertado, con ocasión al presunto hecho objeto del presente litigio, el alcance de la obligación de mi procurada se circunscribe al saldo del valor asegurado, como valor destinado a indemnizar todas las reclamaciones derivadas de la ocurrencia de ese hecho.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

7. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES

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

La obligación indemnizatoria a cargo de LIBERTY SEGUROS S.A. depende del contenido de la póliza suscrita y aceptada por las partes contratantes, por lo cual, se hace necesario destacar que la obligación de ésta no nace sino hasta cuando se realiza o se materializa el riesgo asegurado, pues es allí cuando surge el deber indemnizatorio de la compañía, bajo el entendido de que no se haya configurado una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad.

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

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura

exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

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

8. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE LIBERTY SEGUROS S.A. Y DUMIAN MEDICAL S.A.S.

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

Debe aclararse que las obligaciones de la aseguradora que represento están determinadas por el límite asegurado para cada amparo, por las condiciones del contrato de seguro y por la normatividad que lo rige. Por lo tanto, la obligación indemnizatoria que remotamente podría surgir a su cargo está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado para el amparo de muerte o lesión a una persona, con sujeción a las condiciones de la póliza.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

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

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

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

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

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

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de

demanda por conceptos de: daño emergente, lucro cesante, perjuicios morales, daño a la vida de relación y pérdida de la oportunidad no son de recibo por cuanto su reconocimiento implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte Demandante recibiendo una indemnización por parte de DUMIAN MEDICAL S.A.S. que nada tuvo que ver con el daño que alega la demandante, toda vez que en el plenario se encuentra probado que recibió una atención médica oportuna, adecuada y diligente.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro.

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

10. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

Sin perjuicio de lo expuesto en las excepciones planteadas anteriormente, en el remoto e improbable caso en que haya una condena en contra de mi representada, ello generaría un rubro a favor de la entidad que llama en garantía, lo cual no tiene justificación legal o contractual alguna, lo que se derivaría en un enriquecimiento sin causa, figura prohibida en nuestra legislación.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

11. GENÉRICA O INNOMINADA

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

Artículo 282. Resolución sobre excepciones. *En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.*

Cuando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada.

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

Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean

parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.

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

SOLICITUD Y APORTE DE PRUEBAS POR PARTE DE LIBERTY SEGUROS S.A.

Solicito atentamente decretar y tener como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES:

- Certificado de existencia y representación legal de LIBERTY SEGUROS S.A, la cual ya obra en el plenario.
- Poder especial a mi conferido, el cual ya obra en el plenario.
- Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, así como su condicionado general, el cual se encuentra contenido en la forma 26/11/2016-1333-P-06-RCHC-01.

2. INTERROGATORIO DE PARTE:

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a quienes integran la parte demandante, para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE:

Que le formularé al representante legal de DUMIAN MEDICAL S.A.S., por medio de cuestionario verbal o escrito que se presentará en la audiencia que para tal fin señale el despacho, con el lleno de las formalidades previstas en el Art. 198 CGP.

Adicionalmente, en virtud de lo establecido en el artículo 165 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del representante legal de LIBERTY SEGUROS S.A.

4. TESTIMONIALES:

De la manera más atenta, me permito solicitar a este Despacho, decretar el testimonio del Dr. Juan Sebastián Londoño Guerrero, asesor externo de LIBERTY SEGUROS S.A., quien puede ser contacto a través del correo electrónico juan.londonogdp@gmail.com con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, para que se pronuncie y explique las condiciones particulares y generales de las de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 y, para que se pronuncie acerca de la disponibilidad de suma asegurada de ésta última.

El Dr. Juan Sebastián Londoño Guerrero, podrá citarse en la Carrera 23 con calle 10, en la ciudad de Pereira (Risaralda)

VI. NOTIFICACIONES

A la parte actora y a DUMIAN MEDICAL S.A.S. en las direcciones consignadas en los escritos de demanda y de contestación de la misma.

Al suscrito y a mi representada en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100, Oficina 212 de la ciudad de Cali; correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

RAMO	PRODUCTO	PÓLIZA	CERTIFICADO	DOCUMENTO
2006	111715	371603	0	0

TIPO DE DOCUMENTO		ALTA DE PÓLIZA								
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN		SUC / ADN	VIGENCIA DEL SEGURO				VIGENCIA DOCUMENTO		DÍAS	
BOGOTÁ, D.C		2020-FEB-10	2000012	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA			
				2020-FEB-03	00:00 HORAS	2021-FEB-03	00:00	2020-FEB-03	2021-FEB-03	366

TOMADOR			
NOMBRE:	DUMIAN MEDICAL SAS		
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	NIT 8050277431	TELÉFONO:	5185000
DIRECCIÓN:	CARRERA 36A 6 42	CIUDAD:	CALI

ASEGURADO			
NOMBRE:	DUMIAN MEDICAL SAS		
TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN:	NIT 8050277431	TELÉFONO:	5185000
DIRECCIÓN:	CARRERA 36A 6 42	CIUDAD:	CALI

BENEFICIARIO			
TERCEROS AFECTADOS			
DIRECCION COMERCIAL	DIRECCION:	CARRERA 36A 6 42	DEPARTAMENTO:
	PAIS:	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA
			CIUDAD:
			CALI
ACTIVIDAD ECONOMICA			

AMPAROS	SUBLIMITES		DEDUCIBLES
	EVENTO	VIGENCIA	
Responsabilidad civil profesional médica	500,000,000	1,000,000,000	Ver en Observaciones
Predios, labores y operaciones	1,000,000,000	1,000,000,000	Ver en Observaciones
Uso de equipos y aparatos médicos (por declaración expresa)	500,000,000	500,000,000	Ver en Observaciones
Gastos de defensa	35,000,000	70,000,000	Ver en Observaciones
Perjuicios extrapatrimoniales	200,000,000	400,000,000	Ver en Observaciones

FECHA DE COBRO	FECHA LÍMITE DE PAGO	PRIMA NETA	\$	139,320,000
Anual	2020-MAR-26	GASTOS DE EXPEDICIÓN	\$	8,000
RECIBO DE PAGO	FECHA DE INICIO COBRO	FECHA FIN DE COBRO	IVA	\$ 26,472,320
30146088	2020-FEB-03	2021-FEB-03	TOTAL A PAGAR	\$ 165,800,320

PARTICIPACIÓN INTERMEDIARIO			
CLAVE	INTERMEDIARIO	TELÉFONO	% PART.
4030744	M D M ASESORES DE SEGUROS Y CIA. LTDA.	7022032	100%

COASEGURO			
CÓDIGO CÍA.	COMPAÑÍA	% PART.	TIPO
1	LIBERTY SEGUROS S.A	100%	A

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

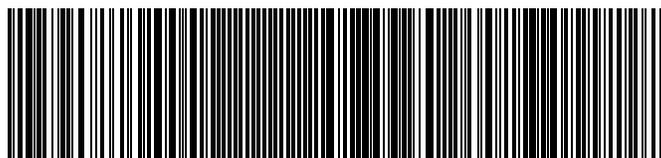
El contrato de seguros podrá ser revocado unilateralmente por cualquiera de las partes contratantes, previa solicitud por escrito, de conformidad con lo previsto en el artículo 1071 del Código de Comercio.

ARTICULO 1068 del Código de Comercio: Terminación automática del contrato de seguro. 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 al asegurador para exigir el pago de la prima y de los gastos causados con prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la de la expedición del contrato.

Las condiciones generales de su póliza se encuentran disponibles para su descarga en nuestra página Web www.libertycolombia.com.co en la ruta "Inicio \ Empresa \ Liberty Responsabilidad Civil". Si usted prefiere puede solicitarlo en nuestra Unidad del Servicio al Cliente, Línea Nacional gratuita: 01 8000 113390 / 115569; Desde Bogotá: 3 07 70 50; E-mail: servicioalcliente@libertycolombia.com

TOMADOR
FIRMA AUTORIZADA

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT 860.039.988-0
FIRMA AUTORIZADA



(415)7707274730185(8020)00000000000030146088(3900)0165800320(96)20200326

NÚMERO REFERENCIA PARA PAGO 30146088

RAMO	PRODUCTO	PÓLIZA	CERTIFICADO	DOCUMENTO
2006	111715	371603	0	0

AMPAROS	SUBLIMITES		DEDUCIBLES
	EVENTO	VIGENCIA	

CLAUSULAS

Daño extrapatrimonial

Cuando el daño tiene origen en una lesión corporal (daño corporal) cubre los siguientes tipos de perjuicios:

Moral, tendiente a compensar la aflicción o padecimiento desencadenado por el daño

A la salud o fisiológicos, encaminados a resarcir la pérdida o alteración anatómica o funcional del derecho a la salud y a la integridad corporal. Este concepto de daño a la salud concreta la reparación del perjuicio relativo a las afectaciones a la integridad psicofísica de la persona, reuniendo perjuicios tales como: el fisiológico, el biológico, el estético, el sexual, el psicológico, entre otros; (reúne esas manifestaciones de la persona al concepto y derecho que las engloba, la salud).

A la vida relación, alteración grave a las condiciones de existencia, reconocimiento individual o autónomo del daño (derecho al buen nombre, al honor, a la honra, derecho a tener familia, entre otros)

Otros daños definidos por la jurisprudencia como extrapatrimoniales

EMISION POLIZA NUEVA VIGENCIA 2020 ¿ 2021 DE ACUERDO AL BPM 2020932906

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

SE RELACIONAN LAS SEDES Y SUS DIRECCIONES:

- CLINICA DEL CAFE: CARRERA 12 0 - 75 / ARMENIA - QUINDIO
- UCI PEREIRA DUMIAN: CALLE 9 20 - 60 / PEREIRA - RISARALADA
- CLINICA MARIANGEL: CARRERA 36A 6 - 42 / TULUA - VALLE DEL CAUCA
- UCI DUMIAN SANTA ANA: AV 11E 8 41 / CUCUTA - NORTE DE SANTANDER
- UCI DUMINA LOS CHORROS: CARRERA 36A 6 - 42 / CALI - VALLE DEL CAUCA
- CLINICA SANTA GRACIAS: CARRERA 15 15 - 49 / POPAYAN - CAUCA

CONDICIONES PARTICULARES:

- MODALIDAD: CLAIMS MADE PARA EL AMPARO DE RC PROFESIONAL CLÍNICAS/HOSPITALES

- RETROACTIVIDAD DESDE: (06/09/2011)

- NO OPERA RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DEL LÍMITE ASEGURADO

DEDUCIBLES

GASTOS DE DEFENSA 10% MINIMO 15.000.000 \$ COL

DEMÁS AMPAROS 10% MINIMO 62.000.000 \$ COL

EXCLUSIONES PARTICULARES

- SE EXCLUYE: GASTOS MÉDICOS // DICTAMENES PERICIALES
- PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN
- PERJUICIOS DERIVADOS DEL TRATAMIENTO A UN PACIENTE
- PERJUICIOS POR MODIFICACIONES O CAMBIO DE SEXO
- ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO
- CONTAMINACIÓN PAULATINA
- DISCRIMINACIÓN, ACOSO Y/O HUMILLACIÓN
- ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA, SALVO LO SEÑALADO EN LA LEY 23 DE 1981, ARTÍCULO 7 O LAS QUE PUEDAN MODIFICAR LA PRESENTE LEY:

A. QUE EL CASO NO CORRESPONDA A SU ESPECIALIDAD;

B. QUE EL PACIENTE RECIBA LA ATENCIÓN DE OTRO PROFESIONAL QUE EXCLUYA LA SUYA;

C. QUE EL ENFERMO REHUSÉ CUMPLIR LAS INDICACIONES PRESCRITAS.

TERMINOS Y EXCLUSIONES SEGÚN CLAUSULADO GENERAL DE LA POLIZA P-06-RCHC-01.

Uso de equipos y aparatos médicos (por declaración expresa)

Daños que se causen por el uso de equipos y aparatos médicos dentro del normal desarrollo de la práctica médica del asegurado

Te damos múltiples opciones para pagar tu póliza



Liberty Financia YA

Puedes obtener diferentes planes de financiación, con número de cuotas que más se adapte a tus necesidades.



Pagos Seguros En línea

Débito a cuenta corriente o de ahorros desde nuestra página web.



Débito Automático

Autoriza el pago mensual de tu póliza y olvídate de las filas en los bancos.



Entidades Financieras

- Bancolombia
- Citibank
- Banco de Occidente



Corresponsales Bancarios

- Carulla - Éxito - Surtimax - Colsubsidio
- Copidrogas - Via Baloto - Edeq - Servi Pagos.



Tarjeta Crédito

Pagos en internet con tarjeta de crédito desde nuestra página web

Ingresa a www.libertyseguros.co

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

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

Gracias por su confianza.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



Liberty
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

Condiciones

Versión Noviembre de 2016

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

Condiciones Generales

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

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

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

1. AMPAROS

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

2. EXCLUSIONES

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

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

CIVIL PROFESIONAL MÉDICA.

- 2.4 RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.
- 2.5 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SALVO QUE SE TRATE DE INTERVENCIONES DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE O CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.6 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A IMPEDIR O PROVOCAR UN EMBARAZO O LA PROCREACIÓN.
- 2.7 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL Y TODOS AQUELLOS PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN O DAÑO CAUSADO POR EL TRATAMIENTO A UN PACIENTE.
- 2.8 RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS.
- 2.9 RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA O CON VIRUS DEL TIPO VIH.
- 2.10 DAÑOS CAUSADOS A PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS EN LOS PREDIOS DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD ASEGURADA, Y QUE COMO CONSECUENCIA DE SU LABOR, SE ENCUENTREN EXPUESTAS A RIESGOS COMO RAYOS O RADIACIONES DERIVADAS DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.
- 2.11 RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES.
- 2.12 RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA NO FUE APLICADA POR UN ESPECIALISTA EN UNA CLÍNICA / HOSPITAL ACREDITADOS PARA ESTO.
- 2.13 RECLAMACIONES ORIGINADAS Y/O RELACIONADAS CON FALLOS DE TUTELA Y FALLOS, DONDE NO SE DECLARE QUE EL ASEGURADO ES CIVILMENTE RESPONSABLE Y NO SE FIJE CLARAMENTE LA CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN.

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

3. DEFINICIÓN DE AMPAROS

A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

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

B. USO DE EQUIPOS Y APARATOS MEDICOS

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

PARÁGRAFO:

PARA LOS SIGUIENTES APARATOS SE REQUIERE ACUERDO EXPRESO MEDIANTE ANEXO:

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

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

EL ASEGURADO SE COMPROMETE A CUMPLIR LO SIGUIENTE:

DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO SE COMPROMETE A MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS ASEGURADOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES Y ASÍ MISMO SE COMPROMETE A EJERCER UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD TÉCNICAS, SANITARIAS Y MÉDICAS.

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

C. PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

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

D. GASTOS DE DEFENSA

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

4. DEFINICIONES

4.1 ASEGURADO

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

4.2 SINIESTRO

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

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

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

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

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

4.3 DEDUCIBLE

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

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

4.4 PERIODO DE RETROACTIVIDAD

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

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

4.5 VIGENCIA

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

4.6 TERCERO AFECTADO

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

4.7 ACTO MEDICO RECLAMADO

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

5. LÍMITES DE LA COBERTURA

5.1 LÍMITE TEMPORAL

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

5.2 LÍMITE TERRITORIAL

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

6. LÍMITE ASEGURADO

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

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

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

7. PAGO DE LA PRIMA

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

PARAGRAFO - MORA

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

8. OBLIGACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

A. COMUNICAR A LIBERTY LA OCURRENCIA DE

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

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

9. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

10. DERECHOS DE LIBERTY EN CASO DE SINIESTRO

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

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

11. OPORTUNIDAD PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

12. RETICENCIA, ERRORES E INEXACTITUDES

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

13. MODIFICACIONES AL ESTADO DE RIESGO

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

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

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

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

14. SUBROGACIÓN

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

15. REVOCACIÓN

LA PÓLIZA PODRÁ SER REVOCADA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

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

16. NOTIFICACIONES

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

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

17. NULIDAD Y TERMINACIÓN

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

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

18. NORMAS SUPLETORIAS

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

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

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

20. DOMICILIO

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

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

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

Liberty siempre en contacto

World Wide Web

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

www.libertycolombia.com.co

atencionalcliente@libertycolombia.com

Línea Unidad de Servicio al Cliente

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



Bogotá

307 7050

Línea Nacional

01 8000 113390

Asistencia Médica Domiciliaria Liberty

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



Asistencia
Médica
Domiciliaria

Bogotá

644 5450

Línea Nacional

01 8000 912505

Desde su celular marque
#224
opción 3 y luego 1

Línea Saludable

Para autorizaciones de servicios médicos y/o odontológicos



Bogotá

744 0722

Línea Nacional

01 8000 911361

Línea Vital - 24 horas -

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

En caso de accidente o enfermedad profesional

Línea Vital - 24horas-



Bogotá

644 5410

Línea Nacional

01 8000 919957

Línea de Servicio Exequial

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

Línea Exequial



Bogotá

3077007

Línea Nacional

01 8000 116699

Asistencia Liberty

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

Desde Bogotá: **6445310**

Línea Nacional gratuita **01 8000 117224**

