

Señores

**JUZGADO QUINTO (5) CIVIL DEL CIRCUITO DE PEREIRA**

[j05ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j05ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**REFERENCIA:** VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA.

**DEMANDANTE:** CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN.

**DEMANDADO:** EPS SANITAS S.A.S. Y OTRO.

**RADICACIÓN:** 66001-31-03-005-2020-00255-00.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA**

**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 portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado general de la **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, mediante el presente procedo a contestar la reforma de la demanda de Responsabilidad Civil Médica promovida por la señora Claudia María Giraldo Marín en contra del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S. y la EPS Sanitas S.A.S., oponiéndome a la prosperidad de la misma, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio, teniendo en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, así como conforme a las pruebas que lleguen a practicarse, se nieguen todas las pretensiones de los demandantes, con fundamento en lo que se expone en el presente escrito:

**CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

**Frente al hecho “1.1.”:** No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho.

**Frente al hecho “1.2.”:** No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho.

**Frente al hecho “1.3.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín.

No obstante lo anterior, resulta necesario indicar que, la EPS Sanitas no presta directamente servicios asistenciales de salud, por lo que, es a través de las instituciones médicas adscritas quienes brindan dicha atención médica.

En todo caso, se precisa que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.4.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín.

No obstante lo anterior, resulta necesario indicar que, la EPS Sanitas no presta directamente servicios asistenciales de salud, por lo que, es a través de las instituciones médicas adscritas quienes brindan dicha atención médica.

En todo caso, se precisa que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.5.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.6.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.7.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer

al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.8.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.9.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.10.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

No obstante lo anterior, resulta necesario resaltar que, tal como lo indica la EPS Sanitas en su escrito de contestación, el Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda, es una institución habilitada en salud mental, y no oferta servicios de mediana, ni alta complejidad como el servicio de radiología y la atención médica especializada por ortopedia, de manera que, el proceso de referencia de la paciente aplica al principio de integralidad en la atención en salud.

**Frente al hecho “1.11.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.12.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.13.”:** No me consta. Las afirmaciones que realiza la parte actora en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer al respecto, pues mi representada no intervino de ningún modo en la atención médica brindada a la señora Claudia María Giraldo Marín. Por lo que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado -conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso- debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.14.”:** No es propiamente un hecho. Se trata del simple dicho del apoderado judicial de la parte actora, pretendiendo atribuir responsabilidad al personal de enfermería del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S., respecto a las lesiones de la señora Claudia María Giraldo. No obstante, es necesario indicar que, de conformidad con el acervo probatorio y la situación fáctica presentada en el presente proceso, no obra prueba idónea alguna que sustente lo manifestado por los demandantes en este hecho.

Por otra parte, es de resaltar que, la “vigilancia estrecha por riesgo suicida” a la que hace referencia la parte actora en este hecho, no hace referencia a la asistencia en el desarrollo de las actividades básicas cotidianas de la paciente, sino, al monitoreo en el comportamiento de la paciente durante el desarrollo de intervenciones hospitalarias orientadas hacia la psicoterapia y atención farmacológica.

En todo caso, se precisa que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.14.1.”:** No es cierto. Como se mencionó anteriormente, se trata del simple dicho del apoderado de la parte demandante por medio del cual se pretende endilgar la responsabilidad de las lesiones sufridas por la señora Claudia María Giraldo al Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S. Sin embargo, esta afirmación carece de cualquier sustento probatorio e ignora que la vigilancia estrecha por riesgo suicida hace referencia al monitoreo del comportamiento del paciente durante las intervenciones hospitalarias orientadas hacia la psicoterapia y atención farmacológica, por lo tanto, no puede afirmarse que la entidad prestadora de los servicios de salud tenga responsabilidad de algún tipo con motivo de las lesiones sufridas por la paciente debido a la caída desde su propia altura.

**Frente al hecho “1.14.2.”:** No es propiamente un hecho. Se trata del simple dicho del apoderado judicial de la parte actora, pretendiendo atribuir responsabilidad al personal de enfermería del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S., respecto a las lesiones de la señora Claudia María Giraldo. No obstante, es necesario indicar que, de conformidad con el acervo probatorio y la situación fáctica presentada en el presente proceso, no obra prueba idónea alguna que sustente lo manifestado por los demandantes en este hecho.

Por otra parte, es de resaltar que, la “vigilancia estrecha por riesgo suicida” a la que hace referencia la parte actora en este hecho, no hace referencia a la asistencia en el desarrollo de las actividades básicas cotidianas de la paciente, sino, al monitoreo en el comportamiento de la paciente durante el desarrollo de intervenciones hospitalarias orientadas hacia la psicoterapia y atención farmacológica.

En todo caso, se precisa que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.15.”:** No es propiamente un hecho. Se trata únicamente de la manifestación que realiza el apoderado judicial de la parte actora respecto a un supuesto aparte citado de una guía para manejo de urgencias, sin que, demuestre relación alguna entre lo citado y la situación de la señora Claudia María Giraldo.

Se reitera que, de conformidad con el acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta dentro del presente asunto, es posible colegir que no asiste ningún tipo de responsabilidad en cabeza de la parte pasiva, pues realmente, los demandantes se limitan a realizar señalamientos y atribuciones de responsabilidad frente a los demandados sin que obre prueba idónea alguna que sustente o acredite esos dichos.

En todo caso, se reitera que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.16.”:** No es propiamente un hecho. Se trata únicamente de la manifestación que realiza el apoderado judicial de la parte actora respecto a supuesta jurisprudencia del Consejo de Estado, frente a lo cual, no se observa relación entre el caso objeto de la presente demanda y la jurisprudencia citada, además olvida que, estamos ante la jurisdicción ordinaria, es decir, la jurisprudencia primaria aplicable es la de la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil y no la del Órgano de cierre en la jurisdicción contencioso administrativa.

No obstante lo anterior, resulta necesario reiterar que, la EPS Sanitas no presta directamente servicios asistenciales de salud, por lo que, es a través de las instituciones médicas adscritas quienes brindan dicha atención médica.

En todo caso, se precisa que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.17.”:** No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la paráfrasis de un aparte del Anexo Técnico de la Resolución No. 1446 de 2006, la cual, notiene correspondencia entre lo indicado y la situación específica presentada respecto a la señora Claudia María Giraldo.

En todo caso, se recuerda que la naturaleza de las actuaciones de la EPS Sanitas, son meramente administrativas y no tienen relación con la actuación médica per se. En este punto, se advierte al Despacho que, la Ley 100 de 1993 y sus respectivos reglamentos, establece que la función primordial de las Entidades Promotoras de Salud es la administración del servicio público de salud y garantizar a sus afiliados el acceso al servicio. En efecto, el Artículo 156 ibidem señala:

*“[E]l Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características: (...) e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno; (...) i) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de tipo comunitario y Solidario; (...)”*

En concordancia con lo anterior, el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Decreto 780 de 2016) en su artículo 2.5.2.1.1.2 estableció como responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud el ejercicio de las siguientes funciones:

*“(...) a). Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;*

*b). Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.*

*Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;*

*c). Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;*

*d). Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;*

*e). Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;*

*f). Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza (...)"*

De conformidad con lo anterior es claro que, en el presente proceso no es viable algún tipo de responsabilidad atribuible a la EPS Sanitas, como quiera que, se encuentra plenamente probado en el expediente que aquella cumplió cabalmente con los lineamientos para la prestación oportuna de sus servicios, directamente o a través de su red de I.P.S., de manera diligente, eficaz y perita, puesto que, ciertamente, el servicio médico le estaba siendo garantizado y proporcionado a la demandante.

**Frente al hecho "1.18.":** No es propiamente un hecho. Se trata únicamente de la manifestación que realiza el apoderado judicial de la parte actora respecto a un supuesto aparte citado de una

guía para manejo de urgencias, sin que demuestre relación alguna entre lo citado y la situación de la señora Claudia María Giraldo.

Se reitera que, de conformidad con el acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta dentro del presente asunto, es posible colegir que no asiste ningún tipo de responsabilidad en cabeza de la parte pasiva, pues realmente, los demandantes se limitan a realizar señalamientos y atribuciones de responsabilidad frente a los demandados sin que obre prueba idónea alguna que sustente o acredite esos dichos.

En todo caso, se reitera que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.19.”:** No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la interpretación jurisprudencial que realiza el apoderado judicial de la parte actora, sin que, demuestre relación alguna entre lo citado y la situación de la señora Claudia María Giraldo.

Se reitera que, de conformidad con el acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta dentro del presente asunto, es posible colegir que no asiste ningún tipo de responsabilidad en cabeza de la parte pasiva -especialmente por parte de la EPS Sanitas, ya que, la naturaleza de las actuaciones de ésta son meramente administrativas y no tienen relación con la actuación médica per se -, pues realmente, los demandantes se limitan a realizar señalamientos y atribuciones de responsabilidad frente a los demandados sin que obre prueba idónea alguna que sustente o acredite esos dichos.

En todo caso, se reitera que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.19.1”:** No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la interpretación jurisprudencial que realiza el apoderado judicial de la parte actora, sin que, demuestre relación alguna entre lo citado y la situación de la señora Claudia María Giraldo.

Se reitera que, de conformidad con el acervo probatorio y la situación fáctica que se presenta dentro del presente asunto, es posible colegir que no asiste ningún tipo de responsabilidad en cabeza de la parte pasiva -especialmente por parte de la EPS Sanitas, ya que, la naturaleza de las actuaciones de ésta son meramente administrativas y no tienen relación con la actuación médica per se -, pues realmente, los demandantes se limitan a realizar señalamientos y atribuciones de responsabilidad frente a los demandados sin que obre prueba idónea alguna que sustente o acredite esos dichos.

En todo caso, se reitera que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.20.”:** No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho.

En todo caso, se recuerda que la naturaleza de las actuaciones de la EPS Sanitas, son meramente administrativas y no tienen relación con la actuación médica per se. En este punto, se advierte al Despacho que, la Ley 100 de 1993 y sus respectivos reglamentos, establece que la función primordial de las Entidades Promotoras de Salud es la administración del servicio público de salud y garantizar a sus afiliados el acceso al servicio. En efecto, el Artículo 156 ibidem señala:

*“[E]l Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:*

*(...) e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno;*

*(...) i) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de tipo comunitario y Solidario; (...)”*

En concordancia con lo anterior, el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Decreto 780 de 2016) en su artículo 2.5.2.1.1.2 estableció como responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud el ejercicio de las siguientes funciones:

*“(...) a). Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;*

b). *Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.*

*Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;*

c). *Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;*

d). *Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;*

e). *Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;*

f). *Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza (...)*

De conformidad con lo anterior es claro que, en el presente proceso no es viable algún tipo de responsabilidad atribuible a la EPS Sanitas, como quiera que, se encuentra plenamente probado en el expediente que aquella cumplió cabalmente con los lineamientos para la prestación oportuna de sus servicios, directamente o a través de su red de I.P.S., de manera diligente, eficaz y perita, puesto que, ciertamente, el servicio médico le estaba siendo garantizado y proporcionado a la demandante.

**Frente al hecho “1.21.”:** No me consta. Las afirmaciones expresadas en este hecho resultan completamente ajenas a lo que la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. pueda conocer sobre

el particular, por lo que, es deber de la parte actora conforme a lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso, probar las afirmaciones indicadas en este hecho.

**Frente al hecho “1.22.”:** No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la manifestación que realiza el apoderado judicial de la parte actora respecto a situaciones y sentimientos que trascienden a la esfera netamente personal de la señora Claudia María Giraldo, y frente a la cual, mí representada, la EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no tiene conocimiento ni injerencia alguna sobre las mismas.

No obstante lo anterior, es menester señalar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora.

**Frente al hecho “1.23.”:** No es propiamente un hecho. Se trata simplemente de la manifestación que realiza el apoderado judicial de la parte actora respecto al derecho de postulación que le asiste conforme a la documentación obrante dentro del proceso y, frente a lo cual, no resulta necesario realizar pronunciamiento alguno.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

**Frente a la pretensión “4.1.”:** Me opongo. Como ha quedado evidenciado en los argumentos esgrimidos a lo largo de esta contestación, así como en el acervo probatorio y la situación fáctica presentada, no está llamada a prosperar esta pretensión de declaratoria de presunta falla en el servicio de enfermería en contra del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda y la EPS Sanitas, por los presuntos perjuicios ocasionados a la señora Claudia María Giraldo, toda vez que, en este caso no se estructuran y/o configuran los elementos constitutivos de la responsabilidad civil, estos son: el hecho, la culpa o dolo, el daño, y la imprescindible relación de causalidad entre los dos últimos, y en esa medida resulta totalmente inviable la prosperidad de lo pretendido.

**Frente a la pretensión “4.2.”:** Me opongo. Se hace necesario pronunciarme frente a cada rubro solicitado, de la siguiente manera:

**Frente a la pretensión “4.2.1.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de las siguientes sumas de dinero por concepto de DAÑO MORAL: 100 SMLMV, equivalentes según la demanda a \$87.780.300. Me opongo.

Lo anterior toda vez que: a) la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dicha suma de dinero; y, b) en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, a lo cual, conforme a la

estructuración de esta pretensión, resulta carente en todo sentido, pues, del acervo probatorio y la situación fáctica presentada en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la demandante a la parte pasiva dentro del presente proceso. Adicionalmente, 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, inclusive en lo que se han presentado casos de muerte, “Bajo ese contexto, la tasación realizada por esta Corte en algunos eventos donde se ha reclamado indemnización del perjuicio moral para los padres, hijos y esposo(a) o compañero(a) permanente de la persona fallecida o víctima directa del menoscabo, se ha establecido regularmente en \$60.000.000., lo cual implica prima facie que dicha cuantía podrá ser guía para su determinación.”<sup>1</sup>

**Frente a la pretensión “4.2.2.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de las siguientes sumas de dinero por concepto de DAÑO A LA SALUD: 100 SMLMV, equivalentes según la demanda a \$87.780.300. Me opongo.

Lo primero que hay que indicar es que, resulta improcedente reconocer esta modalidad de perjuicio, ya que, esta no es una tipología que sea reconocida por la Corte Suprema de Justicia en su jurisprudencia,

En ese orden, son especies de perjuicio no patrimonial, además del moral, el daño a la vida de relación y la lesión a bienes jurídicos de especial protección constitucional o convencional.<sup>2</sup>

Así entonces, de conformidad con lo anteriormente expuesto, se tiene que la solicitud que realiza la parte actora respecto al reconocimiento y pago de la suma solicitada resulta abiertamente improcedente, y por consiguiente, no debe prosperar esta pretensión.

No obstante lo anterior y, en el caso en que se pretenda circunscribir dicha pretensión en el denominado “daño a la vida de relación”, resulta necesario indicar que, en todo caso ME OPONGO. Lo anterior toda vez que: a) la parte actora no acredita ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de dicha suma de dinero; y, b) en este caso y frente a este tipo de pretensiones, como requisito necesario para su procedencia, se requiere que, previamente, se haya demostrado la producción y/o generación del daño dentro de los límites de esta esfera, a lo cual, conforme a la estructuración de esta pretensión, resulta carente en todo sentido, pues, del acervo probatorio y la situación fáctica presentada en este caso, no es posible advertir si quiera la concreción de la responsabilidad civil que pretende imputar la demandante a la parte pasiva dentro del presente

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencias SC15996-2016 y SC9193-2017.

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 28 de junio de 2017, Rad.: 2011-00108-01, M.P.: Ariel Salazar Ramírez.

proceso. Desde la óptica jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, si bien este tipo de perjuicios se deja al recto criterio del fallador, los mismos deben estar debidamente soportados y acreditados, de manera tal que, permita al Juez decidir sobre su procedencia y consecuentemente sobre su tasación. Situación que claramente no es posible evidenciar en este caso, por lo que resulta no solo inadecuada su tasación sino también injustificada.

**Frente a la pretensión “4.2.3.”:** La parte actora pretende el reconocimiento y pago de las siguientes sumas de dinero por concepto de DAÑO EMERGENTE: \$6.883.810. Me opongo.

Lo anterior toda vez que, en este caso no es posible que se genere y/o atribuya pago alguno a cargo de la parte demandada sobre supuestos que ni siquiera se han podido probar y, por consiguiente, tampoco se encontraría probada la responsabilidad de éstos, que es la que pudiese dar lugar a una posible condena. Frente a dicho entendido, del acervo probatorio y la situación fáctica presentada dentro del presente proceso, se colige que, la parte actora aporta una serie de documentos provenientes de terceros, frente a los cuales se necesita sean ratificados para su respectiva valoración probatoria. De esta manera, dichos documentos NO dan cuenta de manera alguna que hayan sido sufragados por la señora Claudia María Giraldo, por lo cual, resultaría a todas luces imprósperas se accediera a lo solicitado.

**Frente a la pretensión “4.3.”:** Me opongo, toda vez que, al no tener ninguno de los demandados obligación indemnizatoria alguna derivada de los hechos descritos en la demanda, consecuentemente, tampoco tienen obligación alguna en relación con la indexación que requiere la parte actora en esta pretensión. Lo anterior, ante la evidente ausencia de los requisitos que acreditan la existencia de una responsabilidad civil, de conformidad con el acervo probatorio, la situación fáctica y los argumentos ya esgrimidos a lo largo del presente escrito.

**Frente a la pretensión “4.4.”:** Me opongo. Y, por el contrario, solicito de manera respetuosa al Despacho que condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

### III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso<sup>3</sup> y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a OBJETAR el juramento estimatorio de la demanda, toda vez que, se evidencia la ausencia de pruebas que permitan inferir que se

---

<sup>3</sup> CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO, Artículo 206: “(...) Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación (...)”.

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

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

*“(...) No sobra indicar que **la valoración del juramento estimativo debe sujetarse a las reglas de apreciación del mismo, en virtud de las cuales, no basta con las afirmaciones del demandante, pues es menester de una parte, que las sumas se encuentren señaladas de manera razonada, y de otra, que de conformidad con la sustancialidad de las formas debe mediar un principio de acreditación, siquiera precario, de cuanto se expresa en él (...)** Luego, **si no se tiene prueba del daño, pues el juramento estimatorio a lo sumo constituye —de ser razonable— prueba de su cuantía, no se puede reconocer indemnización en los términos reclamados por el recurrente, como ocurre en el presente asunto (...)**”<sup>4</sup> (Negritas fuera del texto original)*

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

Ahora bien, la Corte Suprema de Justicia se ha referido respecto al daño emergente así:

*“(...) abarca la pérdida misma de elementos patrimoniales, los desembolsos que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento del pasivo, causados por los hechos de los cuales trata de deducirse la responsabilidad (...)*”<sup>5</sup>

Frente a dicha apreciación, tenemos que en este caso no es posible que se genere y atribuya un pago a cargo de la parte demandada sobre supuestos que ni siquiera se han podido probar y, por

<sup>4</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala Penal, Sentencia SP1796-2018/51390 de mayo 23 de 2018. M.P. Dr. Luis Guillermo Salazar Otero.

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 28 de junio de 2000, Rad. No. 5348.

consiguiente, tampoco se encontraría probada la responsabilidad de éstas, que es la que pudiese dar lugar a una posible condena. Nótese que, en el aparte citado, se hace referencia a los hechos de los cuales trata de deducirse la responsabilidad, por lo tanto, si no existen elementos ni pruebas que permitan endilgar y adjudicar responsabilidad a la parte pasiva, su consecuencia directa, lógica y necesaria es que no pueda prosperar la pretensión. Frente a este caso en particular, es posible afirmar que, de conformidad con el acervo probatorio y la situación fáctica presentada dentro del presente litigio, no asiste responsabilidad alguna a la EPS Sanitas S.A.S. y al Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S.

Así entonces, respecto al rubro solicitado, brilla por su ausencia material probatorio que permita si quiera entrar a analizar respecto a gastos realizados por la señora Claudia María Giraldo, pues únicamente se aportan unas supuestas facturas, sin que se identifique de manera plena y suficiente que la demandante haya sufragado gasto alguno de los allí indicados. En consecuencia, el solo dicho no puede ser reconocido como daño emergente a indemnizar.

En los anteriores términos se afinca la objeción al juramento estimatorio.

#### **IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO**

##### **1. LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR QUIEN EFECTÚA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA A MI PROCURADA**

Solicito al Juzgador de instancia, tener como excepciones contra la demanda, todas las planteadas por la EPS Sanitas, las cuales coadyuvo, en cuanto favorezcan los intereses de mi procurada, y en ese mismo sentido y tenor las que expongo a continuación:

##### **2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD Y DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA EPS SANITAS S.A.S.**

Esta excepción se fundamenta en que, como ya fue explicado al Despacho, en lo que respecta a la EPS Sanitas S.A.S., no hay ningún elemento para considerar probada ninguna actuación reprochable en contra de aquella, luego que fácilmente se desprende de los argumentos de la parte accionante en el acápite de hechos, que lo que se está censurando es una falla en el servicio de enfermería (vigilancia y cuidado del paciente) frente a la señora Claudia María Giraldo cuando fue atendida en el Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda para el 25 de septiembre de 2016; escenario en lo que en nada tuvo injerencia o participación la EPS demandada, por lo que, incluso, en el remoto escenario de que se acreditara que a la accionante le asiste razón frente al fundamento fáctico y a la falla médica que depreca, la responsabilidad que se derive no puede atribuirse a la EPS Sanitas -quien llama en garantía a mi prohijada-. Máxime, si se tiene en cuenta que, en la

relación de hechos del libelo introductor, en ningún momento la parte accionante hace alusión alguna a la EPS, en todo momento se refiere a la supuesta falla en el servicio de enfermería frente a la demandada Instituto de Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S.

Se recuerda que la naturaleza de las actuaciones de la EPS Sanitas S.A.S., son meramente administrativas y no tienen relación con la actuación médica per se. En este punto, se advierte al Juzgado que, la Ley 100 de 1993 y sus respectivos reglamentos, establece que la función primordial de las Entidades Promotoras de Salud es la administración del servicio público de salud y garantizar a sus afiliados el acceso al servicio. En efecto, el Artículo 156 ibidem señala:

*“[E]l Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:*

*(...) e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno;*

*(...) i) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de tipo comunitario y Solidario; (...)”*

En concordancia con lo anterior, el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (Decreto 780 de 2016) en su artículo 2.5.2.1.1.2 estableció como responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud el ejercicio de las siguientes funciones:

*“(...) a). Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;*

*b). Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.*

*Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;*

*c). Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;*

*d). Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;*

*e). Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;*

*f). Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza (...)"*

De conformidad con lo anterior es claro que, el listado de funciones que arriba se identifica corresponde a las actuaciones conocidas como de aseguramiento de sus afiliados, actividad que, como es apenas lógico, difiere de la prestación de los servicios médicos a los que las IPS, en este caso el Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda, se dedica. Es claro entonces que, en el presente proceso no es viable atribuir ningún tipo de responsabilidad a EPS Sanitas, como quiera que, se encuentra plenamente probado en el expediente que aquella cumplió cabalmente con los lineamientos para la prestación oportuna de sus servicios, directamente o a través de su red de IPS, de manera diligente, eficaz y perita, puesto que, ciertamente, el servicio médico le estaba siendo garantizado y proporcionado a la demandante, sumado a que, se insiste, no se hizo por la

demandante ninguna censura frente a la actuación que frente a su afiliada habría efectuado la EPS.

**3. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE LA DEMANDADA EPS SANITAS S.A.S. Y EL INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.**

Tal como afirmó la EPS Sanitas en el escrito de su contestación, ésta no se obligó de manera solidaria con los médicos y demás profesionales de la salud adscritos a la IPS Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda, ni tampoco hay norma legal o convención que indique entre aquellas se brinda una atención o un servicio que genere eventualmente una obligación de naturaleza solidaria. Por lo que, hipotéticamente, en el evento en el que el Despacho concluyera procedente declarar la existencia de responsabilidad en contra del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda, será solamente aquella la que estará llamada a indemnizar a la accionante.

Conforme a lo anteriormente expuesto, esta excepción se propone y se funda para efectos de explicar que, la parte actora de manera inadecuada solicita en el acápite de pretensiones se condene de manera solidaria a la EPS Sanitas y al Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda. Al respecto, debe aclararse que, el Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda prestó el servicio de salud a la paciente a través de profesionales de la salud adscritos a dicha IPS, los cuales son completamente ajenos a la EPS Sanitas y, quienes actuaron con completa autonomía técnica, científica y administrativa. Se insiste en que la EPS Sanitas, no presta directamente el servicio de salud per se, sino que a ello se dedica la IPS, y de tal suerte, no le resulta atribuible el análisis de responsabilidad que en este caso deprecia la parte accionante.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

**4. EN TODO CASO, LA CONDUCTA DESPLEGADA POR EL INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. Y POR LOS FUNCIONARIOS DE SALUD QUE INTERVINIERON Y ATENDIERON LA SITUACIÓN MÉDICA DE LA SEÑORA CLAUDIA MARÍA GIRALDO FUE DILIGENTE, IDÓNEA Y OPORTUNA**

De conformidad con el acervo probatorio que obra dentro del proceso, es posible determinar que, no se cuenta con medio de prueba alguno que sustente, soporte y/o acredite el supuesto actuar inadecuado por parte del personal de salud (y especialmente, de enfermería) del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda, pues la parte actora únicamente se limita a afirmar que no hubo un cuidado y vigilancia adecuada de ésta, pero la verdad es que, no existe prueba alguna que permita imputar y adjudicar responsabilidad a ninguno de los funcionarios de salud del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda, y por consiguiente, tampoco al Instituto mismo.

En dicho sentido, basta con observar la documentación que reposa dentro del expediente, especialmente la historia clínica del Sistema Nervioso de Risaralda, para concluir que, el actuar por parte del personal de salud adscrito a éste y que atendieron a la señora Claudia María Giraldo en su condición de salud fue totalmente diligente, cuidadosa, prudente, idónea y oportuna.

Recordemos que, en principio, la responsabilidad civil médica se rige por las normas generales de la responsabilidad civil, es decir, deben concurrir todos los elementos materiales para el éxito de las pretensiones; sin embargo, por su especialidad, se encuentra sujeta a ciertas reglas específicas que actualmente han sido desarrolladas únicamente por la jurisprudencia y la doctrina. En este sentido, la posición adoptada ha sido que este tipo de responsabilidad solo se configura si se halla acreditado, entre otros elementos, que existió un proceder culposo en la prestación del servicio médico ya sea por la existencia de un error diagnóstico o por un inadecuado tratamiento. Así entonces, recordando que la obligación que asume un médico al tratar a un paciente es meramente de medios y no de resultados, solo puede configurarse una conducta reprochable a aquel si se prueba que no hizo uso de los medios que se encontraban a su alcance y/o que debía emplear para tratar al paciente:

*“En conclusión y para ser coherentes en el estudio del tema, se pudiera afirmar que en este tipo de responsabilidad como en cualquiera otra, deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa.”<sup>6</sup>*

De conformidad con lo anterior, y frente al caso que nos atañe, tenemos entonces que el acervo probatorio que obra dentro del proceso permite determinar el diligente actuar por parte de los funcionarios de salud del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S., por lo que, desde el punto de vista probatorio, y haciendo énfasis en la renombrada historia clínica –de la misma institución-, implica un documento evidentemente idóneo para evaluar la responsabilidad de la actividad profesional del personal médico que intervino en la situación de salud de la señora Giraldo Marín, en donde se puede demostrar si los mismos fueron o no negligentes. En suma el acto médico

---

<sup>6</sup> Radicado No. 5507, sentencia del 30 de enero de 2001, M.P. José Fernando Ramírez Gómez, Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia.

es negligente cuando rompe normas comunes a diferentes niveles, o sea hay descuido u omisión, que ponderada la conducta de un médico frente a la de otro de similares conocimiento, experiencia y preparación académica, quienes debe asumir una conducta lógica, mesurada y propia del deber de cuidado, y la *lex artis* que rigen el acto médico específico, se llega a la conclusión que actuó lejos de los parámetros mínimos de cuidado, de modo que ella es fiel reflejo desde que se abre hasta que se analiza su contenido científico<sup>7</sup>.

Dicho lo anterior, resulta pertinente indicar que, a través de la renombrada historia clínica, se desvirtúa cualquier atribución y/o adjudicación de responsabilidad que hace la parte actora frente a las demandadas (especialmente frente a la EPS Sanitas), por lo que, muy amablemente solicito al Despacho se sirva declarar probada esta excepción.

## **5. TASACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES - DAÑO MORAL Y DAÑO A LA SALUD- Y PATRIMONIALES - DAÑO EMERGENTE- PRETENDIDOS POR LA DEMANDANTE**

### **a) Frente a los perjuicios extrapatrimoniales -daño moral y daño a la salud-**

La parte demandante pretende una cuantiosa indemnización con ocasión a los supuestos perjuicios extrapatrimoniales en modalidad de daño moral y “daño a la salud” presuntamente causados. Por lo anterior, se le solicita de la manera más respetuosa que, en caso de proferir condena a la parte demandada de este proceso, se acoja principalmente a lo señalado por la Corte Suprema de Justicia.

Cabe resaltar que, el tipo de perjuicio extrapatrimoniales que solicita la parte actora sean reparados económicamente con ocasión a los hechos objeto de la presente demanda, resulta o trata de una compleja tipología de perjuicios cuya configuración depende de la existencia de una serie de elementos subjetivos y de los que su tasación si bien se encuentra deferida “al arbitrium iudicis”, es decir, al recto criterio del fallador, sí deben por lo menos, estar sujetos a su comprobación y acreditación mediante los medios de prueba conducentes para el efecto. En ese sentido, es fundamental que realmente se logre comprobar que, respecto a la indemnización de perjuicios por concepto de perjuicios morales, esos sentimientos que dicen las víctimas haberseles generado, demuestren que efectivamente fueron producto del hecho dañoso configurativo de este proceso.

Así las cosas, es menester que, quien aduce la generación de este tipo de perjuicios, demuestre plenamente la aflicción sufrida, tanto física como sentimental, para que, si quiera, se entre a considerar si tienen lugar o no lugar a obtención de un resarcimiento económico.

---

<sup>7</sup> Fernando Guzmán; Cirujano cardiovascular, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia; Miembro de la ACC; Magistrado, Tribunal Nacional de Ética Médica.

*“Por cierto que las pautas de la jurisprudencia en torno a la tasación de perjuicios extra-patrimoniales, con fundamento el prudente arbitrio del juez, fueron acogidas expresamente por el artículo 25 del Código General del Proceso, (...)». Y aunque tal regla está prevista para la cuantía de los procesos, en general, **permite ver que el sistema procesal es reacio a aceptar pretensiones de indemnización inmaterial por montos exagerados, a voluntad de las partes**, ya que así se generan distorsiones en las instancias y recursos que razonablemente deben tener los trámites judiciales.”<sup>8</sup> (Subraya y negrillas fuera del texto original)*

Ha señalado igualmente la Corte<sup>9</sup> que, dentro de la concepción jurídica de los perjuicios extrapatrimoniales, específicamente respecto al daño moral, por ejemplo, no hay una valoración pecuniaria en sentido estricto, ya que al pertenecer a la psiquis de cada persona “es inviable de valorar al igual que una mercancía o bien de capital”, de ahí entonces que sea razonable estimar que, (i) en cada caso el juez realice una valoración concreta, con la debida objetividad y conforme lo que se logre probar en el transcurso del proceso; y, (ii) no resulta apropiado que las partes puedan estimar el valor económico de su propio sufrimiento, “ya que eso iría en contravía de la naturaleza especial del perjuicio inmaterial o espiritual, que escapa al ámbito de lo pecuniario”.

Por otra parte, respecto al perjuicio denominado “daño a la salud”, resulta necesario indicar que, resulta improcedente reconocer esta modalidad de perjuicio, ya que, esta no es una tipología que sea reconocida por la Corte Suprema de Justicia en su jurisprudencia,

*En ese orden, son especies de perjuicio no patrimonial, además del moral, el daño a la vida de relación y la lesión a bienes jurídicos de especial protección constitucional o convencional.<sup>10</sup>*

Así entonces, de conformidad con lo anteriormente expuesto, se tiene que la solicitud que realiza la parte actora respecto al reconocimiento y pago de la suma solicitada resulta abiertamente improcedente y, por consiguiente, no debe prosperar esta pretensión.

Sin embargo, en el caso en que se pretenda circunscribir dicha pretensión en el denominado “daño a la vida de relación”, resulta necesario indicar que tampoco podría ser indemnizado por las demandadas ya que, si bien este tipo de perjuicios se deja al recto criterio del fallador, los mismos deben estar debidamente soportados y acreditados, de manera tal que, permita al Juez decidir sobre su procedencia y consecuentemente sobre su tasación. Situación que claramente no es posible evidenciar en este caso, por lo que resulta no solo inadecuada su tasación sino también injustificada.

<sup>8</sup> Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 11 de mayo de 2017, Radicado: 11001-02-03-000-2017-00405-00.

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 28 de junio de 2017, Rad.: 2011-00108-01, M.P.: Ariel Salazar Ramírez.

Es por lo anteriormente expuesto que, se reitera que, de conformidad con las pruebas obrantes en el expediente, así como lo manifestado a lo largo del presente escrito, la parte demandante no debe ser indemnizada por concepto de ningún perjuicio, ya que, resulta abiertamente indebida e injustificadas dichas pretensiones, a la luz de los presupuestos configurativos que permiten estructurar el origen de este tipo de perjuicios.

**b) Frente a los perjuicios patrimoniales -daño emergente-**

Toda vez que la demandante pretende una indemnización con ocasión de un supuesto perjuicio patrimoniales denominados “daño emergente” derivados de la atención médica del 25 de septiembre de 2016 en el Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S., debemos recordar que, la Corte Suprema de Justicia se ha referido respecto al daño emergente así:

*“(...) abarca la pérdida misma de elementos patrimoniales, los desembolsos que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento del pasivo, causados por los hechos de los cuales trata de deducirse la responsabilidad (...)”<sup>11</sup>*

Frente a dicha apreciación, tenemos que en este caso no es posible que se genere y atribuya un pago a cargo de la parte demandada sobre supuestos que ni siquiera se han podido probar y, por consiguiente, tampoco se encontraría probada la responsabilidad de éstas, que es la que pudiese dar lugar a una posible condena. Nótese que, en el aparte citado, se hace referencia a los hechos de los cuales trata de deducirse la responsabilidad, por lo tanto, si no existen elementos ni pruebas que permitan endilgar y adjudicar responsabilidad a la parte pasiva, su consecuencia directa, lógica y necesaria es que no pueda prosperar la pretensión. Frente a este caso en particular, es posible afirmar que, de conformidad con el acervo probatorio y la situación fáctica presentada dentro del presente litigio, no asiste responsabilidad alguna a la EPS Sanitas S.A.S. y al Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S.

Por último, se hace necesario reiterar que, conforme a las pruebas obrantes en el expediente, así como los pronunciamientos y manifestaciones realizadas por los sujetos intervinientes en cada uno de sus escritos, no debe ser indemnizado por concepto de este perjuicio la parte demandada, ya que, resulta abiertamente injustificadas dicha pretensión, a la luz de los presupuestos configurativos que permiten estructurar el origen de este tipo de perjuicios, pues no podría generarse un pago a cargo de las demandadas sobre supuestos que no han sido probados, así como tampoco se encuentra probada la responsabilidad que daría lugar a una posible condena. Atendiendo además que, los documentos a través de los cuales pretende sea reconocida la suma solicitada por este rubor, los mismos NO dan cuenta de manera alguna que hayan sido sufragados por la señora Claudia María Giraldo, por lo cual, resultaría a todas luces imprósperas se accediera a lo solicitado.

---

<sup>11</sup> Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 28 de junio de 2000, Rad. No. 5348.

## 6. IMPROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN DEL PERJUICIO MORAL HEREDITARIO DEBIDO A QUE NO FUE SOLICITADO EN NOMBRE DE LA HERENCIA

Como se anticipó, la solicitud de perjuicios de índole moral resulta totalmente improcedente teniendo en cuenta que la parte demandante no ha demostrado en forma alguna su configuración, adicionalmente a ello, la reclamación del daño moral hereditario no es legítima en tanto la jurisprudencia contempla la posibilidad de su exigencia solo desde la perspectiva de que la misma tenga por fin ingresar a la herencia, no obstante, la pretensión encaminada a la obtención de este perjuicio se realiza a título personal, motivo por el cual el juzgado debe negar la misma.

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha señalado que la reclamación del perjuicio moral hereditario debe realizarse en beneficio de la herencia, ya que el titular del mismo es el *de cuius*, de esta forma, en sentencia del 9 de julio de 2010, con ponencia del M.P. William Namén Vargas, la alta corporación expuso:

*“(...) Más exactamente, los herederos de una persona fallecida, obtienen el interés sustancial mortis causa en la acción de su causante por el daño infligido a su esfera jurídica, que ejercen por, en su lugar y para la herencia, en cuyo caso, el titular de los intereses conculcados es el de cuius, la reparación concierne a este y su fallecimiento comporta la transmisión per ministerium legis de su derecho (...)”*

Es claro entonces que los demandantes solo podían pretender dicha indemnización si la misma se hubiere solicitado para la herencia, no obstante, la demanda se presenta a nombre propio y no en representación de esta, careciendo de legitimidad para solicitar la hipotética indemnización de perjuicios morales que haya sufrido la víctima directa con ocasión del accidente.

Aunado a lo anterior no debe olvidarse que el límite concedido por la Corte Suprema de Justicia en para este tipo de perjuicios no supera el valor de los \$60.000.000, sin embargo, la parte actora solicita una suma excesiva por el perjuicio moral hereditario en tanto pretende el reconocimiento del mismo por una suma equivalente a 100 SMLMV, lo que a todas luces resulta desproporcionado y excesivo frente a los parámetros determinados en la jurisprudencia nacional.

Es así como, debido a la falta de legitimación para solicitar el mencionado perjuicio, en tanto no se hace en representación de la herencia de la víctima; la ausencia de prueba del mismo, y; su exagerada cuantificación, el Despacho deberá negar la pretensión encaminada a su reconocimiento.

Solicito declarar probada esta excepción.

## 7. GENÉRICA Y OTRAS

Conforme a lo dispuesto en el artículo 282 del CGP<sup>12</sup>, solicito sea declarada cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o al contrato de seguro utilizado para convocar a mi representada al presente litigio.

### EXCEPCIONES FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO

## 8. INEXISTENCIA DE COBERTURA FRENTE AL CASO EN PARTICULAR, DE LA PÓLIZA DE R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS No. AA195705, CERTIFICADOS Nos. AA727368 Y AA879171, AL NO CUMPLIRSE DE MANERA SIMULTÁNEA LOS REQUISITOS DE LA MODALIDAD DE COBERTURA DENOMINADA CLAIMS MADE O DE RECLAMACIÓN

Ante una eventual y remota condena contra la EPS Sanitas con ocasión a los hechos y pretensiones descritos en el libelo demandatorio, es necesario tener presente que, la póliza No. AA195705, en sus Certificados No. AA727368 y AA879171, no pueden verse eventualmente afectados ya que, no se circunscriben al ámbito temporal pactado dentro de los mismos.

Recordemos que mi representada, la Equidad Seguros Generales O.C., expidió la póliza No. AA195705 en la cual funge como asegurada la EPS Sanitas S.A.S.

No obstante lo anterior, dicha póliza ha tenido la siguientes prórrogas y renovaciones a saber:

No. Póliza	INICIO VIGENCIA	FINAL VIGENCIA
AA195705 – Certificado No. AA727368	30 de agosto de 2019	30 de agosto de 2020
AA195705 – Certificado No. AA879171 (PRÓRROGA)	30 de agosto de 2020	14 de septiembre de 2020
AA195705 - Certificado No. AA879187 ( <u>RENOVACIÓN</u> )	14 de septiembre de 2020	14 de septiembre de 2021

<sup>12</sup> **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

Ahora bien, la renombrada póliza, en todos sus certificados, se concertó bajo la modalidad de cobertura denominada claims made o de reclamación. Este tipo de cláusula ha sido descrita por la Corte Suprema de Justicia, así:

*[L]as cláusulas «claims made» o «reclamo hecho» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso.»<sup>13</sup>*

De conformidad con lo anterior, y tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular, tenemos entonces que las características propias de este tipo de cláusulas respecto a su cobertura requieren que deban concurrir los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad pactado; y, (ii) que se haya reclamado dentro de la vigencia de la póliza.

#### Modalidad de cobertura

La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Con relación al caso que nos atañe, y de conformidad con la documentación que obra dentro del expediente, se tiene que aparentemente los hechos ocurrieron el 25 de septiembre de 2016, y el reclamo a la asegurada se configuró con la celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Cartago el 16 de septiembre de 2020. Desde dicha perspectiva, y teniendo en cuenta los requisitos que deben concurrir para que sea efectiva la cobertura de la póliza No. AA195705, Certificados No. AA727368 y AA879171, los mismos no podrían verse eventualmente afectados, toda vez que, no se circunscriben al ámbito temporal anteriormente explicado, pues se evidencia que la reclamación al asegurado NO se realizó dentro de la vigencia de ninguno de los Certificados mencionados. Pues si bien los mismos

---

<sup>13</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 18 de julio de 2017. Radicación n° 76001-31-03-001-2001-00192-01. M.P. AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO.

cumplirían con el primero de los requisitos, es decir, los hechos ocurrieron dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado, no se cumple con el segundo requisito, y en virtud de la autonomía de la voluntad de las partes que suscribieron el contrato de seguro y aceptaron la inserción dentro del contrato de este tipo de cláusula, no podría afectarse de ninguna manera, al haberse realizado la reclamación por fuera del período de vigencia.

Sin perjuicio de lo anteriormente expuesto, se debe reiterar que el contrato de seguro por el que fue llamada en garantía mi representada, se circunscribe a lo expresamente estipulado en sus condiciones, en donde se establece claramente su ámbito de aplicación, extensión y alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles, exclusiones de amparo, vigencia, y evidentemente, la necesidad de que exista y se demuestre debidamente responsabilidad civil por parte del asegurado, que, como se ha manifestado y demostrado a lo largo del presente escrito, no es posible endilgar a la EPS Sanitas S.A.S.

En tal sentido, le solicito muy respetuosamente señora Juez declarar probada esta excepción.

**9. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR A CARGO DE LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. POR LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO Y EL INCUMPLIMIENTO DE LAS CARGAS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**

Es necesario aclarar que, para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante del amparo demuestre tanto la realización del riesgo asegurado, como también la cuantía de la pérdida. En tal virtud, si no se prueban estos dos elementos (la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida) la prestación condicional de la Aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva la póliza. Dado que en el presente caso no se demostró la realización del riesgo asegurado, por cuanto no se demostró un nexo de causalidad entre las conductas de los demandados y el daño alegado por el Demandante, y adicionalmente, debido a que no se acreditó la cuantía de la pérdida, es claro que no nació obligación de indemnizar por parte de la Compañía de Seguros. En ese sentido, el artículo 1077 del Código de Comercio, estableció:

**“ARTÍCULO 1077. CARGA DE LA PRUEBA. *Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.***

*El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.” (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

El cumplimiento de tal carga probatoria respecto de la ocurrencia del siniestro, así como de la cuantía de la pérdida, es fundamental para que se haga exigible la obligación condicional derivada del contrato de seguro, tal como lo ha indicado doctrina respetada sobre el tema:

*“Es asunto averiguado que en virtud del negocio asegurativo, el asegurador contrae una obligación condicional que el artículo 1045 del código de comercio califica como elemento esencial del contrato, cuyo objeto se concreta a pagar la indemnización cuando se realice el riesgo asegurado. Consecuente con esta concepción, el artículo 1054 de dicho estatuto puntualiza que la verificación del riesgo -como suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador- “da origen a la obligación del asegurado” (se resalta), lo que significa que es en ese momento en el que nace la deuda y, al mismo tiempo, se torna exigible (...)”*

*“(...) Luego la obligación del asegurador nace cuando el riesgo asegurado se materializa, y cual si fuera poco, emerge pura y simple.*

*Pero hay más. Aunque dicha obligación es exigible desde el momento en que ocurrió el siniestro, **el asegurador, ello es medular, no está obligado a efectuar el pago hasta tanto el asegurado o beneficiario le demuestre que el riesgo se realizó y cuál fue la cuantía de su pérdida.** (...) Por eso el artículo 1080 del Código de Comercio establece que “el asegurador estará obligado a efectuar el pago...[cuando] el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077”. Dicho en breve, el asegurador sabe que tiene un deber de prestación, pero también sabe que mientras el acreedor no cumpla con una carga, no tendrá que pagar (...)”*

*“(...) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el cumplimiento de ella el asegurador no debe “efectuar el pago” (C. de CO., art. 1080)<sup>14</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

La importancia de la acreditación probatoria de la ocurrencia del siniestro, de la existencia del daño y su cuantía, se circunscribe a la propia filosofía resarcitoria del seguro. Consistente en reparar el daño acreditado y nada más que este. Puesto que, de lo contrario, el asegurado o beneficiario podría enriquecerse sin justa causa, al indemnizarle un daño inexistente. En esta línea ha indicado la Corte Suprema de Justicia:

---

<sup>14</sup> ÁLVAREZ GÓMEZ Marco Antonio. “Ensayos sobre el Código General del Proceso. Volumen I. Hipoteca, Fiducia mercantil, Prescripción, Seguros, Filiación, Partición de bienes en vida y otras cuestiones sobre obligaciones y contratos”. Segunda Edición. Editorial Temis, Bogotá, 2018. Pág. 121-125.

*“2.1. La efectiva configuración del riesgo amparado, según las previsiones del artículo 1054 del Código de Comercio, “da origen a la obligación del asegurador”.*

*2.2. En consonancia con ello, “[e]l asegurado o el beneficiario [están] obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro” (art. 1075, ib.), información que en el caso de la póliza de que se trata, debía verificarse “dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia de un tratamiento de las enfermedades de Alto Costo relacionada en la Cláusula Primera, así no afecte la Cobertura provista mediante la presente póliza” (cláusula décima, condiciones generales, contrato de seguro).*

*2.3. Pero como es obvio entenderlo, no bastaba con reportar el siniestro, sino que era necesario además “demostrar [su] ocurrencia (...), así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso” (art. 1077, ib.).*

*2.4 Esos deberes acentúan su importancia en los seguros de daños, como el que es base de la acción, toda vez que ellos, “[r]especto del asegurado”, son “contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento” (art. 1088, ib.), de modo que “la indemnización no excederá, en ningún caso, el valor real del interés asegurado en el momento de siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario” (art. 1089, ib.)<sup>15</sup>.*

La Corte Suprema de Justicia, ha establecido la obligación del asegurado en demostrar la cuantía de la pérdida:

***“(…) Se lee en las peticiones de la demanda que la parte actora impetra el que se determine en el proceso el monto del siniestro. Así mismo, no cuantifica una pérdida. De ello se colige con claridad meridiana que la demandante no ha cumplido con la carga de demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía que le imponen los artículos 1053 y 1077 del C. de Comercio. En consecuencia y en el hipotético evento en que el siniestro encontrare cobertura bajo los términos del contrato de seguros, la demandante carece de derecho a demandar el pago de los intereses moratorios<sup>16</sup>” (Negrilla y subrayado fuera del texto original)***

De lo anterior, se infiere que, en todo tipo de seguros, cuando el asegurado quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y de ser necesario, también deberá demostrar

<sup>15</sup> Sentencia SC2482-2019 de 9 de julio de 2019, Radicación n.º 11001-31-03-008-2001-00877-01. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. MP: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO.

<sup>16</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil M.P. Dr. Pedro Octavio Munar Cadena. Exp. 1100131030241998417501.

la cuantía de la pérdida. Para el caso en estudio, debe señalarse como primera medida que la parte Demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 1077 del C. Co. Según las pruebas documentales obrantes en el plenario, no se han probado estos factores, por lo que, en ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del Asegurador. A efectos de aclararle al Despacho las razones por las que no se encuentran cumplidas las cargas del artículo 1077, divido la excepción en dos subcapítulos, que permitirán un mejor entendimiento del argumento.

- La no realización del Riesgo Asegurado

Sin perjuicio de las excepciones de la contestación de la demanda, se formula esta de conformidad con lo estipulado en las condiciones específicas de la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, toda vez que, de la mera lectura podemos concluir que el riesgo asegurado no se realizó.

Mediante la póliza en virtud de la cual se vinculó a mi procurada al presente litigio, la Aseguradora cubre la Responsabilidad Civil Profesional atribuible al Asegurado cuando este deba asumir un daño derivado “del desarrollo de la actividad de clínica, hospital y/o institución privada del sector salud, por los profesionales vinculados y/o adscritos, dentro de los predios asegurados, de conformidad con los principio y normas que regulan la responsabilidad civil profesional”. Sin embargo, en este caso encontramos que tal responsabilidad no se estructuró, pues se está una situación que NO puede ser atribuible de manera alguna a la EPS Sanitas, inclusive, de la documentación obrante en el expediente y la situación fáctica presentada, tampoco se puede atribuir responsabilidad al Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda.

En virtud de la clara inexistencia de responsabilidad del asegurado, la Aseguradora deberá ser absuelta de cualquier responsabilidad indemnizatoria. Pues al tenor del amparo contratado, se estipuló que mi representada cubre la Responsabilidad en que incurra el asegurado. Sin embargo, la demandante no logró estructurar los elementos constitutivos para que se predique la responsabilidad a cargo de las demandadas (especialmente frente a la EPS Sanitas) y con eso se torna imposible acceder a reconocimientos económicos que deba asumir la aseguradora, pues el riesgo amparado no se configuró. El riesgo fue descrito dentro de las condiciones del contrato de seguros, de la siguiente manera:

LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA LA EQUIDAD, 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, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE REGULAN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

- A) POR LOS ACTOS DE LOS MÉDICOS VINCULADOS Y/O ADSCRITOS A LA CLÍNICA.
- B) POR LOS ACTOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICA Y ESTUDIANTES EN ESPECIALIZACIONES, AL SERVICIO DE LA CLÍNICA
- C) POR LOS ACTOS DEL PERSONAL PARAMÉDICO AL SERVICIO DE LA CLÍNICA.
- D) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LA PROPIEDAD, POSESIÓN Y USO DE LOS PREDIOS, EN DONDE SE DESARROLLA SU ACTIVIDAD.
- E) POR LOS GASTOS DE DEFENSA JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL.
- F) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL USO DE VEHÍCULOS DE PROPIEDAD O AJENOS AL TOMADOR/ ASEGURADO.
- G) POR LOS HECHOS DAÑOSOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MANIPULACIÓN DE APARATOS Y MATERIALES RADIOACTIVOS (RAYOS Y RADIACIONES)

EL AMPARO TIENE COMO PROPÓSITO INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES OCASIONADOS POR LA CULPA O HECHOS DAÑOSOS OCASIONADOS POR LOS ANTERIORMENTE SEÑALADOS, POR LOS CUALES EL ASEGURADO SEA CIVILMENTE RESPONSABLE.

Dicho lo anterior, es claro que en el presente caso no se ha realizado el riesgo asegurado y, como consecuencia de ello, no hay obligación condicional por parte de la Aseguradora.

Adicionalmente, resulta necesario indicar en este punto que, la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, ha tenido las siguientes prórrogas y renovaciones:

No. Póliza	INICIO VIGENCIA	FINAL VIGENCIA
AA195705 – Certificado No. AA727368	30 de agosto de 2019	30 de agosto de 2020
AA195705 – Certificado No. AA879171 (PRÓRROGA)	30 de agosto de 2020	14 de septiembre de 2020
AA195705 - Certificado No. AA879187 (RENOVACIÓN)	14 de septiembre de 2020	14 de septiembre de 2021

Ahora bien, tal como se pactó en el respectivo condicionado particular, la Póliza No. AA195705, en todos sus certificados, fueron suscritos en la modalidad de cobertura denominada claims made o

de reclamación, cuyas características respecto a su cobertura, requieren que deban concurrir los siguientes requisitos: (i) que los hechos hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o dentro del periodo de retroactividad pactado; y, (ii) que se hayan reclamado durante la vigencia de la póliza; tal y como se pactó en el respectivo condicionado particular, así:

#### Modalidad de cobertura

La cobertura para la presente póliza es bajo la modalidad de Claims Made (Reclamaciones Hechas), con fecha de retroactividad 1 de julio de 2006. Bajo la modalidad Claims Made (Reclamaciones Hechas) se entienden amparadas las reclamaciones que presenten terceros contra las entidades aseguradas por primera vez durante la vigencia de esta póliza, por los daños causados en el desarrollo de las actividades amparadas en la póliza y por las cuales sean declaradas como civilmente responsables, siempre y cuando el hecho generador del daño se pueda ubicar temporalmente realizado a partir del 1 de julio de 2006.

Con relación al caso que nos atañe, y de conformidad con la documentación que obra dentro del expediente, se tiene que aparentemente los hechos ocurrieron el 25 de septiembre de 2016, y el reclamo a la asegurada se configuró con la celebración de la audiencia de conciliación extrajudicial ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Cartago el 16 de septiembre de 2020. Desde dicha perspectiva, y teniendo en cuenta los requisitos que deben concurrir para que sea efectiva la cobertura de la póliza AA195705, el único certificado que podría verse eventualmente afectado, por cumplir con los requisitos exigidos para este tipo de cobertura es el No. AA879187, con vigencia comprendida entre 14 de septiembre de 2020 y el 14 de septiembre de 2021 y, con un periodo de retroactividad pactado a partir del 01 de julio de 2006, sin perjuicio de que, no se podrá predicar ningún tipo de obligación indemnizatoria a cargo de la Equidad Seguros Generales O.C., toda vez que, no existe prueba alguna obrante en el expediente, a partir de la cual se pueda si quiera acreditar los elementos requeridos para estructurar la responsabilidad que se pretende atribuir a la EPS Sanitas, con ocasión a la atención médica de la señora Claudia María Giraldo.

- Acreditación de la cuantía de la pérdida.

Es claro que, en el presente caso no procede el reconocimiento de indemnización alguna por perjuicios patrimoniales o extrapatrimoniales, toda vez que, no se encuentran debidamente acreditados dentro del proceso.

Lo anterior puesto que, la demandante solicita el reconocimiento de un supuesto daño emergente, sin embargo, no acreditó que las sumas de dinero solicitadas por este rubro hayan sido debidamente sufragadas por su cuenta, además que, aporta documentos provenientes de terceros frente a los

cuales, no resulta dable su reconocimiento. En ese sentido, no podrían reconocerse con cargo a la póliza de seguro.

Adicionalmente, la demandante solicita el reconocimiento de indemnización por perjuicios morales y daño a la salud. Sin embargo, tal reconocimiento resulta inviable en la suma pretendida por ésta, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en situaciones inclusive donde se ha presentado casos de muerte. Ahora bien, en el caso concreto las sumas solicitadas por la demandante son exorbitantes y se encuentran por fuera de los lineamientos establecidos por la Corte Suprema de Justicia. En esos términos, tampoco podría reconocerse la suma pretendida con cargo a la Póliza de Seguro.

En conclusión, para el caso en estudio debe señalarse en primera medida que, la parte actora no demostró la realización del riesgo asegurado, pues no se ha presentado un evento en el cual haya sido declarada la responsabilidad civil del asegurado. Al contrario, se observa que, no es posible atribuir ningún tipo de responsabilidad respecto a la EPS Sanitas y, que, inclusive, tampoco puede atribuirse responsabilidad frente al codemandado Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda. Por otro lado, respecto a la acreditación de la cuantía de la supuesta pérdida, como quiera que el daño emergente es improcedente, teniendo en cuenta las pruebas obrantes dentro del plenario, así como también quedó claro a lo largo de este escrito de contestación que la tasación de perjuicios morales y de daño a la salud - que si bien no es una tipología reconocida por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, me pronuncié frente a este rubro como si refiriera al daño a la vida de relación- no se puede reconocer por resultar exorbitantes, se incumplieron las cargas de que trata el artículo 1077 del C. Co, es claro que no ha nacido la obligación condicional del Asegurador.

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

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

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que existe responsabilidad del asegurado EPS Sanitas respecto a los hechos objeto de la presente demanda y que, sí se realizó el riesgo asegurado, y bajo dicho entendido, sí nació a la vida jurídica la obligación condicional de la Equidad Seguros Generales O.C., exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juez deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

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

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

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

*“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”<sup>17</sup> (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante, y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda en razón de la porción de riesgo asumido, que en este caso resulta ser la siguiente, para los amparos que a continuación se relacionan:

---

<sup>17</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

**COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO**

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4.500.000.000.00	10,00%	1,00 SMMLV	\$ 00
Predios Labores y Operaciones.	Si	00%		\$ 00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10,00%	1,00 SMMLV	\$ 00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10,00%	1,00 SMMLV	\$ 00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10,00%	1,00 SMMLV	\$ 00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10,00%	1,00 SMMLV	\$ 00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10,00%	1,00 SMMLV	\$ 00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10,00%	1,00 SMMLV	\$ 00

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado, y que el Contrato de Seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas, en todo caso, la póliza No. AA195705, Certificado No. AA879187, contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el operador jurídico en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada, el cual para este caso en particular, el amparo que se podría ver afectado sería el de “Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares”, cuya suma asegurada se pactó en hasta \$4.500.000.000.

### 11. EN CUALQUIER CASO, SE DEBERÁN TENER EN CUENTA DE LOS DEDUCIBLES PACTADOS

Subsidiariamente a los argumentos precedentes, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo del escrito y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el improbable evento en el que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización alguna, resulta fundamental que tenga en cuenta los siguientes deducibles pactados en el contrato de seguro documentado en la póliza No. AA195705, Certificado No. AA879187:

- Deducible:** 1. Pago de Perjuicios 10% mínimo COP 150.000.000 por toda y cada pérdida  
 2. Procesos de conciliación: 15% de la pérdida mínimo COP 50.000.000 por toda y cada pérdida.

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

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

*En este orden de ideas, correspondería a las partes en el contrato de seguro determinar el porcentaje de la pérdida que sería asumido por el asegurado a título de deducible, condición que se enmarcaría dentro de las señaladas por el numeral 11 del artículo 1047 del Código de Comercio al referirse a “Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”<sup>18</sup>. (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

De esta manera, en el hipotético evento en el que mi representada sea declarada civilmente responsable en virtud de la aplicación del contrato de seguro documentado en la póliza No. AA195705, Certificado No. AA879187, es de suma importancia que el Honorable Juzgador descuenta del importe de la indemnización la suma pactada como deducible que, como se explicó, asciende al 10% de la pérdida, mínimo \$150.000.000.

## **12. CAUSALES DE EXCLUSIÓN DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE R.C. PROFESIONAL CLÍNICAS No. AA195705, CERTIFICADO No. AA879187**

En las condiciones de la Póliza de R.C. Profesional Clínicas No. AA195705, Certificado No. AA879187, se establecen los parámetros que enmarcan la obligación condicional que contrajo mi representada, y delimitan la extensión del riesgo asumido por ella. 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.

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 la póliza referenciada, barreras cualitativas que eximen al asegurador a la prestación señalada en el contrato, las cuales se conocen generalmente como **exclusiones de la cobertura**.

De lograrse acreditar al menos una de las exclusiones consignadas en las condiciones generales o particulares de la Póliza No. AA195705, Certificado No. AA879187, no habría lugar a indemnización de ningún tipo por parte de mi representada.

---

<sup>18</sup> Superintendencia Financiera de Colombia. Concepto 2016118318-001 del 29 de noviembre de 2016. SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL, DEDUCIBLE.

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

### **13. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO**

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

### **14. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD ENTRE MI MANDANTE Y EPS SANITAS 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 este, 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 está estrictamente sujeta a las estipulaciones contractuales y al límite asegurado, con sujeción a las condiciones de la póliza; en virtud de ello, es válido afirmar desde ya que, de conformidad con la exposición previa, no le asiste a mi representada en todo caso la obligación de hacer efectiva la Póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA195705 certificado AA879187 -con vigencia desde el 14 de septiembre del 2020 al 14 de septiembre del 2021-, toda vez que el acaecimiento del riesgo asegurado y otorgado en la misma, no se ha demostrado.

Respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

### **15. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DEL CONTRATO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

Se formula la presente excepción sin que por ello se esté aceptando responsabilidad alguna y mucho menos obligación indemnizatoria a cargo de la Equidad Seguros Generales O.C., pues es solo para efectos de aclarar al despacho que ante una eventual condena e inclusive habiendo un límite de valor asegurado en el contrato de seguros, en ningún momento el fallo del señor Juez

puede desbordar una cifra de perjuicios más allá de lo que evidentemente se encuentre probado, teniendo en cuenta las transcripciones jurídicas que presento a continuación:

- De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1127 del Código de Comercio, que reza de la siguiente manera,

***“Art. 1127.-Modificado por la Ley 45 de 1990, artículo 84. Naturaleza del seguro de responsabilidad civil. El seguro de responsabilidad impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado. (Subrayado y negrita, fuera del texto original)***

*Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave, con la restricción indicada en el artículo 1055”. (Subrayas y negrillas fuera del texto original)*

- En igual sentido, y originariamente la Corte Suprema de Justicia así lo ha establecido, según el fallo del 22 de julio de 1999, expediente 5065 en el que realizó la siguiente referencia,

***“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.”<sup>19</sup> (Subrayas y negrillas fuera del texto original)***

Con fundamento en lo expuesto solicito declarar probada la presente excepción.

## 16. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Se propone la presente excepción en el sentido que, si se logra comprobar que hubo reclamación al asegurado por parte de la demandante previo a la audiencia de conciliación extrajudicial celebrada ante el Centro de Conciliación de la Cámara de Comercio de Cartago que configuren los

<sup>19</sup> Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Corte Suprema de Justicia del 22 de julio de 1999, expediente 5065 Magistrado Ponente: Nicolás Bechara Simancas.

dos (2) años a los que alude el artículo 1081<sup>20</sup> del Código de Comercio, se declare probada la configuración de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en virtud del cual se llama en garantía a mí representada.

## 17. GENÉRICA, INNOMINADA Y OTRAS

Conforme a lo dispuesto en el artículo 282<sup>21</sup> del Código General del Proceso, solicito sea declarada cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, ya sea frente a la demanda o al contrato de seguro utilizado para convocar a mi representada al presente litigio.

## V. MEDIOS DE PRUEBA

### • INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho a quien integra la parte demandante, para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito les formularé sobre los hechos de la demanda. Asimismo, solicito muy amablemente se me permita interrogar a los representantes legales de las entidades demandadas, esto es, del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S. y de la EPS Sanitas S.A.S.

### • DOCUMENTALES

1. Certificado de Existencia y Representación Legal de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO.

2. Copia del contrato de seguro de responsabilidad civil Clínicas y Hospitales documentado en la

---

<sup>20</sup> La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

<sup>21</sup> **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.

Póliza No. AA195705, Certificados No. AA727368, AA879171 y AA879187 -condiciones generales y particulares-

- **TESTIMONIALES**

Conforme a los términos del artículo 208 y siguientes del Código General del Proceso, solicito comedidamente se sirva citar y hacer comparecer a la doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, y en especial para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza expedida por mi prohijada y vinculada en este proceso, sobre la modalidad de cobertura CLAIMS MADE en la que fue pactada, los límites máximos asegurados y el deducible.

El testigo podrá ser citado en la o en el correo electrónico [darlingmarcela1@gmail.com](mailto:darlingmarcela1@gmail.com).

- **INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS**

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones propuestas, nos reservamos el derecho de contradecir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como de intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

- **CONTRADICCIÓN AL DICTAMEN PERICIAL**

Conforme a lo establecido en el artículo 228 del Código General del Proceso, solicito que se decrete la comparecencia a audiencia de la enfermera Sandra Milena Agudelo con el fin de controvertir el dictamen pericial por ella suscrito y aportado con la reforma de la demanda. Solicito que en caso de que la perito no acuda a la respectiva audiencia para llevar a cabo la contradicción del dictamen pericial, se deje el mismo sin valor probatorio.

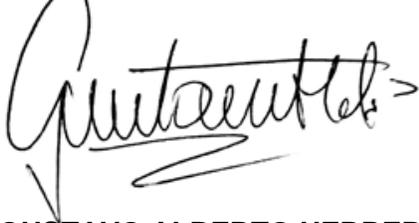
## VI. NOTIFICACIONES

A la parte actora y a la demandada, en la dirección consignada en el escrito de demanda y en la contestación a la misma, respectivamente.

A mi representada LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. en la en la Carrera 9a No. 99 – 07, P. 12 - 13 - 14 – 15 de la ciudad de Bogotá; correo electrónico: [notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop)

Al suscrito en la Avenida 6 A Bis No. 35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali; correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**

C.C No. 19.395.114 de Bogotá D.C

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