

Señores:

**JUZGADO DOCE (12º) ADMINISTRATIVO DE MEDELLÍN, ANTIOQUIA.**

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

**MEDIO DE CONTROL:** REPARACIÓN DIRECTA.  
**RADICADO:** 05001-33-33-012-2022-00182-00.  
**DEMANDANTES:** CAROLINA MOTTA CONTRERAS Y OTROS.  
**DEMANDADO:** E.P.S. FAMISANAR Y OTROS.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA Y EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con 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, obrando en mi calidad de apoderado general de la **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Carrera 9 A No. 99 - 07 To 3 Piso 14, de la ciudad de Bogotá D.C., identificada con el NIT. 860.028.415 - 5, representada legalmente por el Doctor Orlando Céspedes Camacho, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.825.185, conforme se acredita con el poder y certificado de existencia y representación legal adjunto. Encontrándome dentro del término legal comedidamente procedo, en primer lugar, a **CONTESTAR LA DEMANDA** impetrada por la señora CAROLINA MOTTA CONTRERAS Y OTROS en contra del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Y OTROS, y en segundo lugar, a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por dicha institución de salud a mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, así como las que contiene el llamamiento en garantía que nos ocupa.

**OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR LA DEMANDA.**

El 10 de octubre de 2023, el Juzgado Doce (12º) Administrativo Oral de Medellín, notificó en estados el Auto Interlocutorio proferido el 9 de octubre de la anualidad, por medio del cual admitió el llamamiento en garantía respecto de la **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, concediéndole el término de quince (15) días para contestar.

El Despacho notificó electrónicamente a mi representada la **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, el día 24 de octubre de 2023.

El artículo 199 del C.P.A.C.A., modificado por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, dispone “*El traslado o los términos que conceda el auto notificado solo se empezarán a contabilizar a los dos (2) días hábiles siguientes al del envío del mensaje y el término respectivo empezará a correr a partir del día siguiente*”. Conforme a lo anterior, los días 25 y 26 de octubre de 2023, corresponde a los días mencionados.

El término de traslado de quince (15) días para contestar se surtiría desde los días 27, 30 y 31 de octubre de la anualidad, y los días 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17 y **20** de noviembre de 2023, por lo que se concluye que este escrito es presentado dentro del término previsto para tal efecto.

**CAPÍTULO I**  
**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS**

**Frente al hecho 1º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía, que no tiene relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al Hecho 2º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al Hecho 3º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al Hecho 4º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al Hecho 5º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al Hecho 6º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al Hecho 7º:** en este hecho se realizan varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

No me consta el tiempo transcurrido entre la supuesta atención en la CLINICA LAS VEGAS y el posterior ingreso al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN "LUZ CASTRO DE GUTIERREZ", pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho

debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Conforme la historia clínica del paciente, es cierto que ingresó al servicio de urgencias del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ”.

De conformidad con lo consignado en la historia clínica **no es cierto** que el señor HERNANDO MOTTA GUARIN, (q.e.p.d.), continuara con un cuadro de tos y cefalea, pues en el motivo de consulta única y exclusivamente se indicó la patología de tos.

**Frente al Hecho 8º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, debe advertirse que de acuerdo con la historia clínica que obra en el plenario hubo una atención médica inicial de urgencias suministrada, puesto que como claramente se observa en la Historia Clínica se tomaron los signos vitales del paciente. No obstante, conforme ya se ha explicado, entendiendo que sus signos vitales se encontraban normales, el hospital le sugirió dirigirse a su E.P.S., con el objetivo de conseguir una cita prioritaria, decisión que aquel tomó libremente, saliendo de la institución vivo y por sus propios medios.

**Frente al Hecho 9º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Es preciso resaltar que, de las pruebas allegadas al proceso con la demanda, se observa historia clínica del paciente HERNANDO MOTTA GUARIN, (q.e.p.d.), donde se registró en el motivo de consulta: tos. Negando tener sintomatología asociada a COVID 19 y/o haber tenido contacto con pacientes positivos para COVID 19, razón por la cual el galeno que lo atendió en el Triage no sospechó que el paciente requería tratamiento para dicha patología.

**Frente al Hecho 10º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, es preciso resaltar que, de las pruebas allegadas con la demanda, se observa la historia clínica donde quedó registrado que el paciente HERNANDO MOTTA GUARIN, (q.e.p.d.), fue atendido por el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ, el 27 de abril de 2021, a las 03:14 p.m., describiendo lo siguiente:

“Paciente estable hemodinamicamente, sin distres respiratorio, desaturado, no taquicárdico, normotenso, no déficit neurológico. Me impresiona que, a pesar de encontrarse desaturado, sin trabajo respiratorio ni ruido sobreagregados

pulmonares Paciente en el momento sin criterio de urgencia para hospital nivel III de complejidad, no cursa con enfermedad grave. En el momento servicio hospitalarios en contingencia por altas ocupaciones. En el momento sin capacidad para atención oportuna y segura. Solo ingreso de paciente inestables o con riesgo Vital. Se explica a paciente. Se dan recomendaciones signos de alarma, motivos de reconsulta Se direcciona hacia su red de atención EPS para consecución de Cita prioritaria”.

Conforme a lo anterior, no es cierto, que al paciente no se le dispensara una atención adecuada, pues al mismo se le brindó una atención inicial, se le tomaron los signos vitales. No obstante, al encontrarse los signos en rangos normales, el hospital le sugirió dirigirse a la red de su E.P.S., con el objetivo de conseguir una cita prioritaria, decisión que aquel tomó libremente, saliendo de la institución vivo y por sus propios medios.

**Frente al Hecho 11º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al Hecho 12º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al Hecho 13º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Pese a lo anterior, es preciso resaltar que, de las pruebas allegadas con la demanda, se observa la historia clínica donde quedó registrado que el paciente HERNANDO MOTTA GUARIN, (q.e.p.d.), fue atendido por el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ, el 27 de abril de 2021, a las 03:14 p.m., describiendo lo siguiente:

“Paciente estable hemodinamicamente, sin distress respiratorio, desaturado, no taquicárdico, normotenso, no déficit neurológico. Me impresiona que, a pesar de encontrarse desaturado, sin trabajo respiratorio ni ruido sobreagregados pulmonares Paciente en el momento sin criterio de urgencia para hospital nivel III de complejidad, no cursa con enfermedad grave. En el momento servicio hospitalarios en contingencia por altas ocupaciones. En el momento sin capacidad para atención oportuna y segura. Solo ingreso de paciente inestables o con riesgo Vital. Se explica a paciente. Se dan recomendaciones signos de alarma, motivos de reconsulta Se direcciona hacia su red de atención EPS para consecución de Cita prioritaria”.

Conforme a lo anterior, no es cierto, que al paciente no se le dispensara una atención adecuada, pues al mismo se le brindó una atención inicial, se le tomaron los signos vitales. No obstante, al encontrarse los signos en rangos normales, el hospital le sugirió dirigirse a la red de su E.P.S., con el objetivo de conseguir una cita prioritaria, decisión que aquel tomó libremente, saliendo de la institución vivo y por sus propios medios.

**Frente al Hecho 14º:** no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias personales totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, compañía, que no tiene relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

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

Manifiesto desde ya, que **ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto no se vislumbran los elementos *sine qua non* para declarar una responsabilidad administrativa en el asunto que nos ocupa. Lo anterior, toda vez que en el presente caso la historia clínica deja ver que NO es cierto que al señor HERNANDO MOTTA GUARIN, (q.e.p.d.), no se le hubiera prestado una atención médica, contrario a ello, sí hubo una atención médica inicial de urgencias suministrada por el demandado, puesto que como claramente se observa en la Historia Clínica se tomaron los signos vitales del paciente. Sugiriéndose a este, una vez constatada la normalidad de los signos vitales, direccionarse a la red de atención de E.P.S.; lo cual constituye el protocolo normal en este tipo de escenarios, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 12 del Decreto 783 de 2000 que reza: “(...) *La estabilización de los signos vitales, límite de la responsabilidad de la atención inicial de urgencias a cargo de la entidad que inicialmente atiende el paciente con un cuadro patológico de urgencias (...)*”.

En consecuencia, esto enerva cualquier pretensión que se pretenda en contra la institución demandada, al no existir prueba del nexo causal, siendo que esta carga probatoria recae únicamente en cabeza de la parte demandante.

Frente a las declaraciones y condenas individualmente consideradas, procedo a pronunciarme en detalle, de la siguiente manera:

**Oposición frente a la pretensión 1ª:** ME OPONGO a esta pretensión como quiera que no está demostrada la responsabilidad administrativa del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ”. Todo lo contrario, de la historia clínica se desprende una atención inicial perita, oportuna y conforme a la *lex artis*.

**Oposición frente a la pretensión 2ª:** ME OPONGO a que se condene al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ”, a pagar los perjuicios extrapatrimoniales solicitados por los demandantes, porque es consecuencial de la anterior y en el entendido que aquella no debe prosperar, de igual forma esta tampoco.

En razón de lo anteriormente expuesto, procedo a detallar los perjuicios a continuación:

**Oposición frente a los perjuicios morales:** ME OPONGO a que se condene al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ”, a pagar el perjuicio moral solicitado por los demandantes, porque es consecuencial de las anteriores y en el entendido que aquellas no deben prosperar, de igual forma esta tampoco.

En efecto, es inviable el reconocimiento de los perjuicios morales en la cuantía de **100 SMLMV**, para cada uno de los demandantes, por cuanto no existe actuación y/u omisión del hospital demandado, que ocasionara daño a la víctima. En el expediente no existe prueba o elemento de juicio suficiente que indique que la muerte del señor **HERNANDO MOTTA GUARIN**, hubiese sido con ocasión de la atención médica inicial dispensada en el hospital, pues la misma según se vislumbra de las pruebas obrantes en el dossier acaeció en otra institución médica.

En virtud de lo anterior, la pretensión invocada por la parte demandante evoca un evidente ánimo especulativo.

**Oposición frente al daño a la vida en relación por improcedente:** ME OPONGO a que se condene al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ”, por cuanto esta tipología de perjuicio no existe, pues la misma se encuentra subsumida en el daño a la salud.

En el caso estudiado es inviable el reconocimiento del daño a la salud para persona diferente a la víctima directa, quien solo puede solicitar el reconocimiento a título personal. Lo anterior debido a que los demandantes solicitan una indemnización por esta tipología, siendo esta petición a todas luces improcedente. Al tenor de la génesis de este perjuicio que fue creado únicamente para la víctima directa del perjuicio y solo a título personal lo puede reclamar. Misma posición que ha sido reiterada por la Sección Tercera del Consejo de Estado en el Documento Final Aprobado mediante Acta del 28 de agosto de 2014, en la que se dejó en claro que este rubro se reconoce únicamente en favor de la víctima directa, no obstante, en el presente caso se trata del fallecimiento del señor **HERNANDO MOTTA GUARIN**, (q.e.p.d.), por lo que no hay lugar a su resarcimiento. Con base en todo lo anterior, el Juzgado no podrá reconocer una indemnización para esta tipología de perjuicio que como se indicó no es procedente para persona diferente a la víctima directa tal y como de manera errada lo pretende el extremo activo.

### **III. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA**

#### **1. INEXISTENCIA DE RELACIÓN CAUSAL ENTRE LA MUERTE DEL SEÑOR HERNANDO MOTTA GUARIN Y LA ACTUACIÓN DEL EXTREMO PASIVO.**

Téngase en cuenta que no hubo una relación de causalidad entre el daño aludido por los demandantes, esto es, la muerte del señor **Hernando Motta Guarín** y la presunta pero no probada atención inadecuada por parte del Hospital General de Medellín “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ”. Por cuanto que, de acuerdo con las anotaciones de la historia clínica de esa fecha, desde que el paciente ingresó al servicio de urgencias del Hospital General de Medellín “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ”, fue atendido en el Triage, se le tomaron los signos vitales, al verificarse que los signos vitales se encontraban dentro de los rangos normales se sugirió al paciente que acudiera a su E.P.S., con el objetivo de conseguir una cita prioritaria.

La teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la causalidad adecuada. A diferencia de la teoría de la equivalencia de condiciones en la que simplemente basta aplicar el método de la supresión mental hipotética y determinar si el hecho final se hubiere o no presentado o no con determinada actuación. La teoría de la causa adecuada exige un filtro adicional, en el que de esa multiplicidad de causas que se pueden presentar en el mundo fenomenológico que pueden ser condiciones *sine qua non*, serán relevantes solo aquellas de las que fuera previsible el resultado. La teoría de la causa adecuada ha sido la elegida por la H. Corte Suprema de Justicia como la teoría aplicable en Colombia, y ha sido definida así:

“(…) Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren tres elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, el hecho generador del mismo y un nexo de causalidad que permita imputar el daño a la conducta (acción u omisión) del agente generador. **El nexo causal se entiende como la relación necesaria y eficiente entre el hecho generador del daño y el daño probado. La jurisprudencia y la doctrina indican que para poder atribuir un resultado a una persona y declararla responsable como consecuencia de su acción u omisión, es indispensable definir si aquel aparece ligado a esta por una relación de causa-efecto. Si no es posible encontrar esa relación mencionada, no tendrá sentido alguno continuar el juicio de responsabilidad (…)**”<sup>1</sup>. (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

Sin embargo, cuando de lo que se trata es de probar la posible obligación de indemnizar en materia de responsabilidad médica para establecer el nexo causal, se hace necesario no perder de vista que la acreditación de este elemento se hace más complejo que en otras áreas del derecho de daños, puesto que como lo indica el autor argentino Ricardo Luis Lorenzetti: “(…) *Es preciso comprender que para la ciencia médica no será una causa lo que produzca un resultado, sino un conjunto de ellas que en grado diverso aportarán para la conformación del resultado final (…)*”<sup>2</sup>. De esta manera, puede sostenerse que el nexo causal hace referencia a la relación que debe existir entre el comportamiento o conducta del agente y el resultado desfavorable producido. Esta verificación causal, debe hacerse a través de un estudio retrospectivo donde se tienen en cuenta los hechos acaecidos que se consideran han sido el antecedente de la consecuencia producida, teniendo siempre presente en este proceso. Cada antecedente es un eslabón más de la cadena causal que han intervenido en la generación del hecho que se investiga y que, por tanto, lo que se debe probar es la existencia de una condición necesaria entre la presunta causa y en el efecto objeto del litigio.

Teniendo en cuenta la definición jurisprudencial del nexo de causalidad y aterrizando en el caso en estudio, resulta claro que aquí no se configura este elemento de la responsabilidad, como quiera que no existe prueba alguna en el plenario que acredite una relación de causalidad entre el deceso del señor **HERNANDO MOTTA GUARIN**, (q.e.p.d.), y la actuación del HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN. Por el contrario, en el plenario está probado que no existe una relación de causalidad entre el servicio médico inicial prestado el día 27 de abril de 2021, y el lamentable fallecimiento del señor **MOTTA GUARIN**, ocurriendo el deceso en otra institución médica por causas desconocidas. Se reitera, la atención fue perita, oportuna y diligente. De hecho, desde el momento que el paciente ingresó a la institución se le realizó la valoración inicial en el Triage, se tomaron signos y vitales y al encontrar que los mismos eran normales se procedió a redireccionarlo a su E.P.S., para que solicitara una cita prioritaria, tal y como quedó documentado en la historia clínica del señor Hernando Motta Guarín, la cual reza:

#### “Motivo de Consulta

Tengo mucha Tos Masculino natural y procedente de Amaga, Trabaja en construcción, vive con otros trabajadores. Clase funcional I. Niega patológicos, refiere herniorrafía inguinal. Niega otros antecedentes Consulta por tos de 7 días de evolución, sin ninguna otra sintomatología, niega fiebre, disnea, niega nauseas, vomito, diarrea, niega otra sintomatología asociada. Se hace valoración de Triage usando los elementos de protección personal e higiene de

<sup>1</sup> HÉCTOR PATIÑO. “Responsabilidad extracontractual y causales de exoneración. Aproximación a la jurisprudencia del Consejo de Estado colombiano”. Revista Derecho Privado N14. Universidad Externado de Colombia. 2008.

<sup>2</sup> GIRALDO, Luis F. La relación de causalidad en los procesos de responsabilidad civil médica profesional. Tomado de: Lorenzetti, R.L. responsabilidad civil de los médicos, tomo II, Buenos Aires, rubinzal-culzoni editores, 1997, p. 115.

manos. **Niega sintomatología asociada o sugestiva de Covid19. Niega contacto con pacientes positivos para esta enfermedad.** Paciente estable hemodinamicamente, sin distress respiratorio, desaturado, no taquicárdico, normotenso, no déficit neurológico. Me impresiona que a pesar de encontrarse desaturado, sin trabajo respiratorio ni ruido sobreagregados pulmonares. Paciente en el momento **sin criterio de urgencia para hospital nivel III de complejidad**, no cursa con enfermedad grave. **En el momento servicio hospitalarios en contingencia por altas ocupaciones.** En el momento sin capacidad para atención oportuna y segura. Solo ingreso de paciente inestables o con riesgo Vital. Se explica a paciente. Se dan recomendaciones signos de alarma, motivos de reconsulta. Se direcciona hacia su red de atención EPS para consecución de Cita prioritaria.

#### **Signos Vitales**

**Presión Arterial:** 132 / 82 mm Hg

**Frec. Cardíaca:** 86 x min

**Frec. Respiratoria:** 20 x min

**Temperatura:** 37,0 °C

**Talla:** 0,000 mtrs

**Peso:** 0,000 Kg.

**Sat. Oxígeno:** 84,00 %.

#### **Escala de Glasgow**

**Apertura Ocular:** Espontánea.

**Respuesta Verbal:** Orientado.

**Respuesta Motora:** Cumple Órdenes.

**Glasgow:** 15 / 15.

#### **Otros Datos**

**Estado de Ingreso:** Vivo

**Embriaguez:** No

**Medio de Llegada:** Caminando por sus Propios Medios.

**Causa Externa:** Enfermedad General.

**Finalidad de la Consulta:** No Aplica.

**Estado de Conciencia:** Alerta.

**Intensidad de Dolor:**

**Clasificación Triage:** Triage III

**Conducta:** Se dan recomendaciones signos de alarma, motivos de reconsulta Se direcciona hacia su red de atención EPS para consecución de Cita prioritaria". (Énfasis propio).

Conforme a la anterior cita, se observa que desde el ingreso del paciente se propendió por su valoración inicial, toma de signos vitales, clasificación del Triage, al verificarse que los signos se encontraban en rangos de normalidad se direccionó al señor MOTTA para la red de atención de su E.P.S., con el fin de que este consiguiera cita prioritaria. Siendo esta la única actuación desplegada por nuestro asegurado.

No existe nexo de causalidad entre las actuaciones adelantadas por los profesionales de la medicina del **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**, y el desafortunado desenlace que aquí se censura por los demandantes, toda vez que, de las pruebas aportadas por cada una de las partes,

no se observó un hecho culposo o doloso imputable a los demandados; contrario a ello, lo que se acreditó fue el actuar prudente, diligente y ceñido a las reglas que rigen su actividad, por lo que, en efecto, el nexo causal requerido para la responsabilidad administrativa no está acreditado.

Es importante no pasar por alto que la carga de la prueba del nexo causal es del demandante. Si el demandante no prueba el nexo las pretensiones de la demanda deben negarse. Es a penas claro que el nexo causal no es un elemento que pueda ser acreditado por medio de pruebas directas, por lo que es preciso incorporar medios de convicción que, mediante la inferencia lógica y con fundamento en el análisis fáctico y jurídico, adviertan la existencia del mismo. Frente al particular la H. Corte Suprema de Justicia indicó lo siguiente:

“(…) Para el efecto, precisamente, corresponde a quien demanda la declaración de responsabilidad y la correspondiente condena: 1. Desvirtuar los principios de benevolencia o no maledicencia. 2. Según la naturaleza de la responsabilidad en que se incurra (subjetiva u objetiva), o de la modalidad de las obligaciones adquiridas (de medio o de resultado), mediante la prueba de sus requisitos axiológicos. En particular, probar la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad. En todo caso, no basta la afirmación del actor carente de los medios de convicción demostrativos de los hechos que se imputan (…)”<sup>3</sup>.

En conclusión, no existe relación de causalidad entre la atención dispensada al señor MOTTA, el fallecimiento y el actuar del extremo pasivo. En consecuencia, no es posible atribuir ningún tipo de responsabilidad a la pasiva, pues como quedó acreditado, no sólo todas sus actuaciones estaban dirigidas a prestar una atención perita, oportuna y adecuada al paciente, sino que, además, no existe una relación de causalidad entre el servicio médico prestado y el daño alegado, siendo igualmente necesario recordar que, el nexo causal entre el daño y la actuación del demandado no se presume, y al no haberse demostrado por los actores no se podrá endilgar ninguna responsabilidad a la pasiva de esta acción. Por ese motivo, si el mismo no es probado, deben negarse las pretensiones de la demanda.

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

## **2. NO HAY NINGÚN MEDIO DE PRUEBA EN EL EXPEDIENTE QUE ACREDITE QUE EL FALLECIMIENTO DEL SEÑOR HERNANDO MOTTA GUARÍN ACAECIÓ COMO RESULTADO DE LA PRESUNTA FALTA DE ATENCIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN.**

Revisado el plenario, se observa que no se allegó ningún medio de convicción que fehacientemente acredite que, en el evento de que el **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**, hubiese continuado suministrando la atención al paciente, se hubiera evitado el lamentable fallecimiento de aquel. Tal y como se vislumbra en el escrito genitor, la parte demandante pretende atribuir a mi prohijada responsabilidad administrativa, porque su presunta falta de atención adecuada ocasionó el deceso del señor **Hernando Motta Guarín**, sin embargo, dicha afirmación no está sustentada en prueba alguna pues, no hay elemento técnico científico que nos permita si quiera inferir que, practicada la atención médica que, según aduce el extremo actor requería el paciente, se habría evitado el lamentable desenlace.

---

<sup>3</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sentencia SC3847-2020. M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona.

La carencia probatoria que refulge frente a este particular, implica, como es a todas luces esperable, la absolución del demandado; luego que, si los demandantes no logran demostrar adecuadamente, como efectivamente sucede en este caso, que el hecho que reprocha (fallecimiento del señor Motta Guarín) acaeció como resultado de la presunta actuación culposa del **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**, no tendrían vocación de prosperidad sus pretensiones; ello, pues como lo ha indicado la H. Corte Suprema de Justicia, el hecho de que dicho extremo procesal no acredite fehacientemente los supuestos fácticos en los que sostiene sus pretensiones, deviene a la negatoria de las pretensiones, en tanto que tal carga probatoria es de insoslayable cumplimiento. Frente a este tópico la H. Corte indicó:

“(…) De lo expuesto surge que ante el requerimiento de definir la responsabilidad de un profesional de la medicina o del establecimiento hospitalario, la carga probatoria tendiente a acreditar los elementos de la misma queda subsumida, en línea de principio, en las reglas generales previstas en los artículos 1604 del C.C. y 177 del C. de P.C., en otros términos, **debe ser asumida por parte del actor (…)**”<sup>4</sup>.

En el caso que nos convoca, observamos que, ciertamente, el único elemento de prueba que allegó el extremo demandante fue las historias clínicas expedidas por las instituciones médicas demandadas en las que de ninguna manera se observa incumplimiento por parte de nuestro asegurado. Por lo que la parte demandante se encuentra sin medios de convicción que permitan determinar que de no haberse presentado la supuesta omisión que alega la parte demandante, se hubiese logrado salvaguardar la vida del paciente; y en ese orden de ideas, se imposibilita que a mi procurada se le haga exigible pago de obligación alguna derivada de dicho escenario.

Por lo expuesto, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

### **3. LA OBLIGACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.**

El médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado, esto significa que el objeto de la obligación consiste en la aplicación de su saber y proceder en favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal o rutinariamente aplicaría cualquier otro profesional de la medicina, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito genere un incumplimiento.

Sobre el particular, se ha pronunciado el H. Consejo de Estado, en reiterada jurisprudencia, desde el año 1997, mediante sentencia del 3 de abril, expediente No. 9467, que al respecto indicó:

“Es cierto que está acreditada la existencia del daño sufrido por la paciente y la relación de causalidad de dicho daño con la intervención quirúrgica, lo que hace presumir la falla del servicio en la Entidad demandada, en la medida en que el resultado dañoso no era lo normalmente esperado como producto de intervención médica; y precisamente la circunstancia de que el cumplimiento de la prestación médica estuvo a cargo de la demandada es lo que hace, en virtud de la presunción antes enunciada, que a ella le corresponda acreditar que ésta se desarrolló en debida forma. **En otras palabras, demostrado como está en el sub júdice que el servicio se desarrolló diligentemente; o, lo que es lo mismo, evidenciada la ausencia de falla en el servicio, la entidad demandada queda exonerada de responsabilidad, toda vez, como ha tenido oportunidad de reiterarlo la Sala, la obligación que a ella le incumbe en**

<sup>4</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, Sentencia SC12947-2016 del 15 de septiembre del 2016. M.P. Dra. Margarita Cabello Blanco.

este tipo de servicios no es obligación de resultado sino de medios, en la cual la falla del servicio es lo que convierte en antijurídico el daño. Afirmar, como lo señalan los magistrados disidentes, que la demanda solo podía exonerarse demostrando la ocurrencia de una causa extraña como determinante del daño, implicaría considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, y determinaría someterla al régimen de responsabilidad objetiva, lo cual no ha sido nunca afirmado por la jurisprudencia, pues resulta claro que en estos casos el riesgo que representa un tratamiento médico se asume por el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad prestadora del servicio". (Negrilla propia).

Del mismo modo en jurisprudencia más reciente, calendada el 28 de febrero de 2013, expediente No. 26398, la Sala sostuvo:

"(...) a pesar de los notables progresos que ha experimentado en los últimos siglos, la medicina no deja de ser un arte que escapa a la completa exactitud y a cualquier pretensión de infalibilidad. Más aún, todo procedimiento médico implica algún grado de riesgo (así en algunos casos pueda ser ínfimo) cuya eventual realización es asumida por los usuarios y expresada mediante un consentimiento informado.

En vista, pues, de que a la práctica médica atañe siempre un cierto componente de inexactitud o si se quiere de alea, no es dable sostener que las obligaciones que las instituciones médicas y asimismo los profesionales de la salud contraen con los pacientes sean de resultado. Por eso, aunque ya se han abandonado unánimemente las posturas que abogan por una total irresponsabilidad del médico frente a los daños sufridos por el paciente, en razón de la inexactitud del arte que practican, es de común aceptación que las obligaciones a las que se hace mención son de medio.

Lo anterior significa, básicamente, que el principal derecho del paciente consiste en la atención diligente, de donde se sigue como inconcuso, que el mero "fracaso" del procedimiento médico no constituye una violación de las obligaciones que se adquieren con la prestación, mientras que la sola falla en la atención debida sí se puede considerar lesiva del bien jurídico fundamental de la salud, así de esta no se siga como consecuencia daño adicional. Por lo dicho, se concluye también que en toda reclamación por responsabilidad médica, la negligencia, así no fuere causa del resultado, genera responsabilidad es decir se trata de un daño principal e independiente.

En vista, pues, de que el principal derecho del paciente es la atención adecuada y diligente, es preciso establecer en qué consiste ésta última. Es de común aceptación, en efecto, que la diligencia médica exige acudir a todos los medios posibles para la salvaguarda de la vida y la salud del paciente, mas, como cada uno de los términos antes mencionados tiene un cierto grado de polisemia, se impone hacer precisiones adicionales. En primer lugar, es menester resaltar que el deber de salvaguardar implica tanto la prevención como el tratamiento. En segundo lugar, se debe resaltar que, como lo ha puesto de manifiesto la jurisprudencia de las jurisdicciones constitucional y contencioso-

administrativa, los bienes jurídicos de la vida y la salud no se refieren únicamente al mantenimiento de la subsistencia y la funcionalidad orgánica, sino que está permeada por las exigencias de la dignidad humana, de lo cual se sigue que la obligación médica se extiende a situaciones terminales, con un componente paliativo y que las acciones tendientes a la recuperación de la funcionalidad e integridad orgánica o a la mitigación del dolor deben realizarse siempre de acuerdo con la exigencia de respeto al paciente y sus allegados, frente a quienes se tiene obligaciones de veracidad, garantía del consentimiento informado y, en general, de trato humano<sup>5</sup>. (Énfasis propio).

Así entonces, trasladando lo anterior al caso *sub judice*, resulta evidente que la atención médica inicial brindada al señor **HERNANDO MOTTA GUARÍN**, (q.e.p.d.), en la institución médica, nunca restringió los recursos técnicos y humanos que disponía, sino que pusieron a su disposición todos los insumos que a consideración del galeno requería, como lo fueron: valoración inicial, examen físico, egreso ante signos vitales normales y recomendación de asistir a su E.P.S., para conseguir una cita prioritaria, propendiendo por su recuperación.

En este orden de cosas, claro resulta que contrario a lo expuesto por la parte actora, el comportamiento de los profesionales de la institución médica demandada, fue diligente, acertada y acorde con la *lex artis*, por lo que, ante la orfandad probatoria de una negligencia, imprudencia o impericia médica, no es dable considerar a la institución, responsable del daño alegado por los actores, siendo consecuente que se profiera sentencia favorable a los intereses de la demandada.

En mérito de lo expuesto, comedidamente solicito declarar probada la presente excepción.

#### **4. OPOSICIÓN FRENTE A LOS PERJUICIOS MORALES DEPRECADOS POR EL EXTREMO ACTIVO.**

Me opongo a que se condene a los demandados a pagar suma alguna a los demandantes por perjuicio moral, debido a que en el presente litigio no confluyen los elementos de la responsabilidad patrimonial del Estado, pues entre el actuar médico dispensado y el sensible fallecimiento del paciente, no medió comportamiento negligente, omisivo, retardado, inadecuado, inoportuno o culposo que influyera en la producción del daño reclamado (muerte).

En su lugar, el **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**, se ciñó a los protocolos para este tipo de patología y procedimiento, actuando según los parámetros, guías, protocolos y cánones médicos en procura de la salud del paciente; es así como el señor MOTTA no presentó complicación alguna durante la valoración inicial en el Triage, egresando consciente y estable de la institución médica. El sensible fallecimiento del mismo se generó en una institución diferente a la asegurada, por una causa no imputable al actuar, que se atribuye erradamente, a título de falla, negligencia, irregular y deficiente; por el contrario, el lamentable deceso se ocasiona por causas desconocidas, pues recuérdese que no existe ninguna prueba científica en el proceso que determine la causa de muerte de la víctima HERNANDO MOTTA GUARÍN.

Por lo que ante la carencia de los elementos estructurales de la responsabilidad un juicio compensatorio o resarcitorio es inane.

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

---

<sup>5</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sentencia de 28 de febrero de 2013, radicación, 18001233100020000022701 (26398), C.P. Stella Conto Díaz del Castillo.

## 5. OPOSICIÓN DEL DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN POR IMPROCEDENTE.

En primer lugar, es menester indicar que, analizando el caso en concreto, dentro del expediente se solicita una indemnización por daño a la vida en relación el cual se encuentra subsumido en el daño a la salud. Sin embargo, de conformidad con la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, dicha tipología de perjuicio únicamente fue creado para la víctima directa del perjuicio y solo a título personal lo puede reclamar.

A tono con lo expuesto, no debe perderse de vista que, según lo contemplado por la Sección Tercera del Consejo de Estado, en el Documento Final Aprobado mediante Acta del 28 de Agosto de 2014, referente para la reparación de perjuicios inmateriales, respecto el daño a la salud, se indicó que opera **única y exclusivamente para la víctima directa** y de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada; no obstante, en el presente caso se trata del fallecimiento del señor **HERNANDO MOTTA GUARÍN**, (q.e.p.d.), por lo que no hay lugar a su resarcimiento. Lo anterior de acuerdo con lo reglado en el citado documento oficial.

Para sustentar esta posición es menester resaltar lo indicado por la Alta Corporación que refiere:

### “4. CONCEPTO Y REPARACIÓN DEL DAÑO A LA SALUD.

En los casos de reparación del daño a la salud se reiteran los criterios contenidos en la sentencia de unificación del 14 de septiembre de 2011, exp. 19031, proferida por la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo, y se complementan los términos de acuerdo con la evolución jurisprudencial de la Sección Tercera.

La indemnización, en los términos del fallo referido está sujeta a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la víctima directa, en cuantía que no podrá exceder de 100 S.M.L.M.V, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada, conforme a la siguiente tabla: (...)

Bajo este propósito, el juez debe determinar el porcentaje de la gravedad o levedad de la afectación corporal o psicofísica, debidamente probada dentro del proceso, relativa a los aspectos o componentes funcionales, biológicos y psíquicos del ser humano. (...).”

En síntesis, la pretensión no solo es infundada, sino que es improcedente, pues denota un afán de lucro, toda vez que la misma sólo opera para la víctima directa y en atención a su gravedad, según las lesiones presentadas y en cuantía de 200 SMLMV, para cada uno de los demandantes; **por lo que para el caso de muerte es totalmente inviable.**

## 6. GENÉRICA O INNOMINADA.

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda y al llamamiento en garantía, que se origine en la ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

## CAPÍTULO II

### CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO POR EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO

#### I. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

**Frente al hecho 1º:** es cierto el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, suscribió con mi representada el contra de seguro documentado en la póliza No. AA 084516, con una vigencia del 30 de diciembre de 2021 al 30 de diciembre de 2022.

**Frente al hecho 2º:** no es un hecho que describa, pruebe o acredite la existencia de una relación sustancial entre el llamante en garantía y el llamado. Es la manifestación de que el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, brindó atención médica inicial al paciente el día 27 de abril de 2021, indicando que le realizaron la clasificación del Triage, pero debido a la alta ocupación de la institución médica se direccionó a la E.P.S., del paciente para que consiguiera cita prioritaria, frente a lo cual no emitiré pronunciamiento alguno por cuanto se estará a lo manifestado en el primer acápite de esta contestación.

**Frente al hecho 3º:** no es un hecho que describa, pruebe o acredite la existencia de una relación sustancial entre el llamante en garantía y el llamado. Es la manifestación que la parte actora impetró el medio de control de reparación directa en contra del Hospital General de Medellín, por la presunta falla en la prestación del servicio de salud que conllevó al deceso del señor **HERNANDO MOTTA GUARÍN**, (q.e.p.d.), deprecando indemnización por perjuicios extrapatrimoniales, frente a lo cual no emitiré pronunciamiento alguno por cuanto se estará a lo manifestado en el primer acápite de esta contestación.

**Frente al hecho 4º:** no es cierto. Es oportuno enfatizar desde ya que el contrato de seguro no opera de forma automática, sino con estricta sujeción a las especiales condiciones generales y particulares que rigen la relación aseguraticia. Adicionalmente, en el caso concreto el mismo no puede hacerse efectivo, toda vez que no se ha acreditado la existencia de un siniestro en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio. Aunado a lo anterior, no se encontraba vigente para la fecha de los hechos ni para la fecha en la que se realizó la reclamación al asegurado.

En el presente asunto, la reclamación al asegurad se surtió el día 24 de agosto de 2021, cuando se convocó al HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, a la diligencia de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría.

#### II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

La Póliza Responsabilidad Civil Clínicas No. **AA 084516**, con fundamento en la cual el **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**, vinculó a la aseguradora al proceso, no puede hacerse efectiva pues no se ha realizado el riesgo asegurado, esto es, no existe acción y/u omisión por parte de la institución de salud, que generara la muerte del señor **HERNANDO MOTTA GUARÍN**, (q.e.p.d.), todo lo contrario, se encuentra demostrada la atención inicial de forma perita, oportuna y ajustada a los protocolos, al haberse efectuado la valoración inicial, clasificación del Triage y redireccionar a la E.P.S., del paciente con miras que este consultara de forma prioritaria.

Ahora, si llegara a surgir la necesidad de resolver lo concerniente a la relación sustancial que sirve

de base a la convocatoria que se hizo respecto de mi representada, pese a la evidente ausencia de responsabilidad de la institución médica que realizó el llamado en torno a los hechos de la demanda. Comedidamente solicito que sin que esta observación constituya aceptación de responsabilidad alguna, sino que, por el contrario, oposición, se verifique por parte del señor Juez, circunstancias como: **i) vigencia de la póliza, ii) límites y coberturas acordadas, iii) deducible pactado, iv) condiciones particulares de la póliza y sus respectivas exclusiones, entre otras.** Lo anterior, en el remoto evento de que prosperen una o algunas de las pretensiones formuladas por el apoderado en su libelo demandatorio.

### III. EXCEPCIONES FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA FORMULADO POR EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIERREZ”.

Como excepciones de mérito propongo las siguientes:

#### 1. AUSENCIA DE AMPARO POR FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA No. AA 084516, CLÁUSULA CLAIMS MADE.

En la póliza No. **AA 084516**, se concertó una delimitación temporal de la cobertura, con fundamento en el Artículo 4º de la Ley 389 de 1997, que preceptúa que, en los Seguros de responsabilidad Civil, como el esgrimido para convocar a mí representada, las compañías de seguro pueden concertar, como efectivamente lo hicieron en este caso las partes, cláusulas que determinan desde el principio el ámbito temporal de cobertura. Por lo tanto, la obligación de indemnizar sólo surge, si se realiza el riesgo asegurado, cuando el hecho y el reclamo se producen dentro del periodo o entre las fechas estipuladas en la respectiva cláusula “*Claims Made*”, la cual puede tener distintas condiciones o modalidades.

El inciso 1º del artículo 4º *Ibidem*, establece: “*En el seguro de Manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación*”. Fue así como en este caso, las partes concertaron y determinaron el ámbito temporal de la cobertura.

En ese orden de ideas el amparo de Responsabilidad Civil Clínicas Hospitales concertado en la **Póliza R.C. No. AA 084516**, con vigencia, el certificado No. **AA 384156** desde el 30 de diciembre de 2021 hasta el 30 de diciembre de 2022, de conformidad con las estipulaciones pactadas, únicamente cubre eventos ocurridos dentro de la retroactividad concertada, es decir a partir del 19 de octubre de 2007, por ello, se entiende que los hechos acaecieron en vigencia de la póliza.

Sin embargo, la reclamación al asegurado se efectuó el día **24 de agosto de 2021**, cuando la parte actora radicó la solicitud de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría, fecha para la cual el contrato de seguro no se había expedido, pues debe recordarse que el certificado No. **AA 384156**, comprende la vigencia del 30 de diciembre de 2021 al 30 de diciembre de 2022. Razón por la cual no se cumple con los requisitos exigidos de la modalidad de cobertura *Claims Made*.

Es preciso citar lo concertado en las Condiciones Particulares de la póliza, así:

“Base de la Cobertura: **Claims Made.**

Actos Previos Ninguno, previos a la Fecha de Retroactividad concedida, si ésta aplica.

Fecha de Retroactividad 19 de octubre del 2007”. (Énfasis propio).

En las condiciones generales del contrato de seguros, frente al límite temporal se precisó lo siguiente:

## **“7. LÍMITES DE LA COBERTURA**

### **7.1 LÍMITE TEMPORAL**

El presente seguro, no cubre eventos ocurridos antes de la fecha de iniciación de vigencia de la presente póliza por los que se pueda imputar responsabilidad civil al asegurado, aunque la reclamación por las consecuencias se presente dentro de la vigencia”.

Por lo tanto, para determinar si existe obligación indemnizatoria a cargo de mi representada, se deberá establecer necesariamente, por un lado, si los hechos por los cuales se pretende imputar responsabilidad a cargo del asegurado **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**, efectivamente ocurrieron durante la vigencia de la póliza y de otro lado, que el reclamo se haya formulado dentro de la misma vigencia o dentro del periodo de retroactividad otorgado en la misma.

No obstante, lo anterior, no puede pasarse por alto que, de conformidad con los hechos de la demanda, los perjuicios que se reclaman se ocasionaron por el cuidado médico dispensado al señor **HERNANDO MOTTA GUARÍN**, (q.e.p.d.), donde se le brindó una atención inicial diligente, perita y oportuna, se le realizó examen físico, valoración inicial y se redireccionó a su E..PS., para consulta prioritaria.

En conclusión, para el caso de marras se tiene que la atención médica fue prestada el día 27 de abril de 2021, fecha para la cual se encontraba vigente la póliza No. **AA 084516**, por la retroactividad otorgada hasta el 19 de octubre de 2007. La solicitud de conciliación prejudicial se radicó el día **24 de agosto de 2021** y la audiencia se llevó a cabo el día **3 de noviembre de 2021**, fecha para la cual el contrato de seguro fundamento de la convocatoria aún no había sido expedido, razón por la cual la reclamación no se efectuó en vigencia de la póliza, por ello no se podrá afectar el mencionado contrato de seguro.

## **2. NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO. LOS DEMANDANTES NO HAN DEMOSTRADO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO.**

No existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohilada, respecto de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas No. **AA 084516**. Por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado, acaecido dentro de la vigencia de la póliza, en razón de la Responsabilidad incurrida de acuerdo a la legislación vigente. Lo anterior, en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que menciona como amparo principal:

“Interés Asegurable - Responsabilidad Civil Profesional Médica.

Se ampara la Responsabilidad Civil Profesional Médica imputable al Asegurado, por los perjuicios patrimoniales y extra patrimoniales causados por todo hecho o acto u omisión culposa ocurrido durante la vigencia de la póliza o dentro del período de retroactividad que fuere otorgado, que haya causado daño a la salud de las personas, que se reclame dentro del período de vigencia de la póliza, o dentro del Período de prórroga para denuncia de reclamos, si este aplica, a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, odontológico, de enfermería, laboratorio o asimilados, prestado por o en nombre del Asegurado”.

Ahora bien, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO.

Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”. (Subrayado fuera del texto original).

De tal suerte que al demostrarse en este proceso la inexistencia de responsabilidad del asegurado, toda vez que: primero, se encuentra patente la ausencia de prueba de la falla en el servicio. Segundo, tampoco se encuentra en este proceso prueba que acredite el hecho generador del daño que aquí se alega. Por el contrario, se encuentra demostrada la atención inicial, dispensada de manera perita, oportuna y ajustada a los protocolos del procedimiento realizado, no hay prueba del nexo de causalidad que vincule al sensible deceso del paciente, con actuación alguna del extremo pasivo, desvirtuando cualquier nexo causal que pretenda endilgar la parte demandante.

Así las cosas, es claro que en el caso que nos ocupa no ha nacido a la vida jurídica la obligación de la que pende el nacimiento de la obligación indemnizatoria en cabeza de mi mandante. Como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, al ingreso del paciente se efectuó la valoración inicial, se realizó la clasificación del Triage, se tomaron los signos vitales y se redireccionó a la E.P.S., del paciente por cuanto la institución asegurada por el alto grado de ocupación solamente estaba atendiendo urgencias vitales y pacientes inestables. En consecuencia, no existe realización del riesgo asegurado en el presente asunto, toda vez que no hubo daño causado por el asegurado, pues de las documentales obrantes en el proceso se pudo establecer que no existió daño atribuible al extremo pasivo del litigio.

Así mismo, no existe prueba en el proceso que acredite que la muerte del señor **HERNANDO MOTTA GUARIN**, (q.e.p.d.), obedece como consecuencia de la presunta, pero no probada omisión de no ordenar y realizar la prueba para Covid 19, o alguna acción u omisión del extremo pasivo del litigio. Así las cosas, y debido a que no existe responsabilidad en cabeza del demandado en este proceso, no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado. Por todo lo anterior, no demostrada la supuesta falla del servicio en cabeza del **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**, no podrá bajo ninguna circunstancia afectarse la póliza de Responsabilidad Civil Clínicas No. **AA 084516**, y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada.

**3. EN CUALQUIER CASO, NO SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS No. AA 084516, CERTIFICADO No. AA 384156 - DISMINUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA POR PAGO DE INDEMNIZACIONES.**

De manera ilustrativa y sin aceptar responsabilidad alguna, se informa que el contrato de seguro pactado tiene unos límites máximos, tanto por evento como por vigencia del seguro. Respetuosamente se solicita tener en cuenta el clausulado, porque como lo indica el doctrinante Ossa, dichas estipulaciones “*están destinadas a delimitar, de una parte, la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y el modo de ejercicio de los derechos y la observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar*”<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Ossa G. J., Efrén. *Teoría General del Seguro: El contrato*. Editorial Temis. 1991.

En ese sentido, de acuerdo con el principio *pacta sunt servanda*, constituye ley para las partes los límites positivos (amparos) y los límites negativos (exclusiones) estipulados en el contrato de seguro. Así, la Póliza No. **AA 084516, certificado No. AA 384156**, contempla el siguiente tope por vigencia y evento:

“COBERTURA Y VALOR ASEGURADO

Responsabilidad civil clínicas y hospitales **\$ 2.500.000.000.00”**.

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 la cual va hasta la concurrencia de la suma asegurada, tal y como lo dispone el artículo 1079 del Código de Comercio:

**“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. Así las cosas, el amparo cubierto para el caso que nos ocupa tiene un tope máximo de **\$2.500.000.000**, por evento y vigencia. Este valor se encontrará disponible de acuerdo con los siniestros que se hayan materializado en la vigencia de la póliza. El valor máximo se condiciona a que en la vigencia total de la póliza no se hubiere indemnizado por otras reclamaciones pagadas conforme a la Póliza No. **AA 084516**. Lógicamente, este valor se va reduciendo con cada siniestro pagado judicial o extrajudicialmente. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del contrato, según su texto literal y por supuesto la responsabilidad de la aseguradora se limita a dicha suma.

Lo anterior sin perjuicio de los sublímites establecidos en el condicionado general de la póliza.

**4. EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS No. AA 084516, CERTIFICADO No. AA 384156, EXISTE UN DEDUCIBLE QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL ASEGURADO HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN.**

Adicionalmente, y sin perjuicio de las razones expuestas que indican que no hay cobertura bajo el seguro comentado, ni de los demás argumentos expuestos atrás, también debe tener presente que al momento de convenir los amparos en la póliza que nos ocupan, se impuso una carga al asegurado o al beneficiario en caso de siniestro, por virtud de la cual estos asumirán una parte del mismo. Esto es lo que se denomina deducible, una suma de dinero del valor del siniestro que asumirán como coparticipación en el mismo. Es por ello, que en las carátulas de la póliza expedida por mi representada, se concertó un deducible el cual corresponde a la fracción de la pérdida que debe asumir directamente y por su cuenta el asegurado, y en este caso se pactó de manera específica un límite asegurado por evento equivalente a dos mil quinientos millones de pesos (\$2.500.000.000) y un deducible que corresponde al diez por ciento **(10%) del valor de la pérdida, con un mínimo cincuenta millones de pesos (\$50.000.000)**, por toda y cada pérdida.

Por otra parte, y de acuerdo con la normatividad vigente, la Superintendencia Financiera de Colombia en Concepto No. 2019098264 del 29 de agosto de 2019, ha sido clara en definir en qué consiste el deducible indicando lo siguiente:

“(…)

Sin embargo, es preciso señalar que en nuestro ordenamiento jurídico no existe disposición que obligue al asegurador a indemnizar conforme a determinado régimen específico, en consecuencia, sea que la incapacidad o la lesión se acredite en las formas mencionadas en su comunicación, la fijación del monto de la indemnización se rige por las estipulaciones que al respecto hubieren pactado el tomador y el asegurador.

Dicho esto, en una póliza donde se ampara la responsabilidad civil extracontractual el monto de la indemnización puede verse disminuido si las partes han pactado que un porcentaje de la pérdida se asumirá a título de deducible por el asegurado, convenio que resulta legalmente viable, de acuerdo con nuestro ordenamiento mercantil.

En efecto, la Sección I del Capítulo II, Título V, Libro Cuarto del Código de Comercio, en su artículo 1103, consagra dentro de los principios comunes a los seguros de daños la posibilidad de pactar, mediante cláusulas especiales, que el asegurado “...deba soportar una cuota en el riesgo o en la pérdida, o afrontar la primera parte del daño”.

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.

Por tanto, el valor del ofrecimiento extendido por la compañía aseguradora, podría variar en función de los perjuicios sufridos por el reclamante, así como los elementos probatorios que se hubieren allegado para acreditar el valor de la pérdida, conforme lo presupuestado en el artículo 1077 del código de comercio, aunado a las condiciones generales y particulares pactadas en la póliza, como lo son el límite del valor asegurado, el deducible pactado con el asegurado, entre otros factores”<sup>7</sup>.

Ruego al Despacho tener en cuenta cada una de las condiciones establecidas en la póliza en comento, haciendo especial hincapié en la suma amparada mediante el contrato y al deducible pactado en el mismo. De igual manera, solicito que en el remoto evento de que se llegare a hacer efectivo el llamamiento en garantía se apliquen todas y cada una de las cláusulas y condiciones del contrato de seguro.

#### **5. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA No. AA 084516, CERTIFICADO No. AA 384156.**

En materia de contratos de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al Asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas

<sup>7</sup> Superfinanciera (2019). Concepto 2019098264. “Seguros, Pago de Indemnización, Seguro de Responsabilidad Civil”. Agosto 29.

excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda, Subsección B, mediante sentencia del 27 de mayo de 2022, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

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

Así las cosas, se evidencia cómo por parte del órgano de cierre de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, se exhorta a los Jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro. Razón por la cual, es menester señalar que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas No. **AA 084516**, en la sección segunda de las Condiciones Generales, señala una serie de exclusiones, las cuales presento a continuación:

“Condiciones Generales:

ÿ Clausulado Aplicable: Según texto La Equidad Seguros 30/04/2021-1501-P-06-0000000000001008ÿ EXCLUSIONES: Además de las Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza 30/04/2021-1501-P-06 0000000000001008

Responsabilidad Civil Profesional Médica

Además de las Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza 30/04/2021-1501- P-06-0000000000001008 se establecen las siguientes:

(...)

**26. Coronavirus exclusión:**

La presente Póliza no otorga cobertura a cualquier reclamo causado de cualquier manera por o resultante de:

a. **Enfermedad Coronavirus (COVID-19):**

b. Síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2);

c. Cualquier mutación o variación de SARS-CoV-2;

d. Cualquier temor o amenaza de a), b) o c) anteriores”. (Énfasis propio).

Así las cosas, bajo la anterior premisa, como se encuentra configurada la exclusión de **COVID – 19**, la cual consta en las condiciones particulares de la Póliza No. **AA 084516**, esta deberá ser aplicada y deberá dársele el efecto señalado por la Jurisprudencia. En consecuencia, no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador como quiera que se convino libre y expresamente que tal riesgo no estaba asegurado.

**6. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO QUE REVISTEN LOS CONTRATOS DE SEGURO.**

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del

riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado.

El carácter de los seguros de daños y en general de cualquier seguro, es meramente indemnizatorio, esto es, que no puede obtener ganancia alguna el asegurado/beneficiario con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, frente al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso:

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

El artículo 1127 del Código de Comercio, establece lo siguiente:

“Art. 1127. Definición de seguro de responsabilidad. Modificado. Ley 45 de 1990, Art. 84. 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”.

No debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de la demanda por concepto de: perjuicios morales y por vulneración de derechos fundamentales protegidos, especialmente la familia, no son de recibo por cuanto su reconocimiento implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro. Lo anterior, puesto que se enriquecería la parte demandante recibiendo una indemnización que nada tuvo que ver con la muerte de la víctima. En efecto, toda vez que el lamentable fallecimiento acaeció en una institución diferente a la asegurada.

Conforme a ello, dado que los perjuicios solicitados en el petitum de la demanda presentan serias inconsistencias, reconocer el pago de suma alguna con cargo a la póliza de seguro, implicaría correlativamente transgredir el carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro. En efecto, se estaría supliendo la carga probatoria de la parte actora frente a los presupuestos de una responsabilidad patrimonial del Estado y eventualmente enriqueciendo a los demandantes.

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

## **7. EL PAGO AL QUE REMOTAMENTE SEA CONDENADA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DEBERÁ EFECTUARSE POR REEMBOLSO.**

Sin perjuicio de reconocimiento de responsabilidad por parte de nuestro asegurado, en el remoto e hipotético caso en que se produzca una sentencia condenatoria y se decida afectar el contrato de seguro, la compañía aseguradora solo estaría en la obligación de responder bajo la figura del reembolso, teniendo en cuenta que el **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**, es el tomador de la Póliza. Por tal motivo, una vez el **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**, proceda con el pago a los demandantes, de allí se desprendería la obligación de la compañía de reembolsarle lo pagado, atendiendo las particularidades de la póliza, en especial, el límite asegurado y el porcentaje de participación por el coaseguro pactado.

## 8. GENÉRICA Y OTRAS.

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso ya sea frente a la demanda o incluso ante el llamamiento en garantía, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

### CAPÍTULO III **MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito decretar y tener como pruebas las siguientes:

#### • **DOCUMENTALES:**

1. Escritura Pública No. 2779 del 2 de diciembre de 2021.
2. Certificado de existencia y representación de la **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
3. Certificado de existencia y representación de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**
4. Carátula de la Póliza Seguro de Responsabilidad Civil Clínicas No. **AA 084516**, expedida por mí representada y vigente para el periodo comprendido entre el 30 de diciembre de 2021, hasta el 30 de diciembre de 2022, (clausulados generales).

Respetuosamente solicito se decreten las siguientes:

#### 1. OFICIOS:

Solicito respetuosamente al señor Juez que antes de proferirse sentencia se oficie a la **EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO**, para que con destino a este proceso certifique la disponibilidad de las sumas aseguradas en la Póliza de Seguro con la cual se nos convocó en garantía por el **HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN**.

#### 2. **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Ruego a su Despacho se Decrete el interrogatorio de parte de los señores **CAROLINA MOTTA CONTRERAS, JENNY XIMENA MOTTA CONTRERAS, JHAKERMAN MOTTA CONTRERAS, HERNANDO MOTTA CONTRERAS** y **CARLOS ALBERTO MOTTA GARCÍA**, de un cuestionario

escrito que remitiré al Despacho antes de la fecha fijada para esta diligencia o de las preguntas que verbalmente le formularé durante la misma sobre los hechos narrados en la demanda.

**CAPÍTULO IV**  
**NOTIFICACIONES**

El suscrito recibirá notificaciones en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Oficina 212 del Centro Empresarial Chipichape de la ciudad de Cali, (V) o en la dirección de correo electrónico: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Del Señor Juez,



**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.