

Señores

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

j02ccpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL
DEMANDANTES: WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA Y OTROS
DEMANDADOS: DUMIAN MEDICAL S.A.S.
RADICADO: 190013103002-2022-00011-00

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA Y AL LLAMAMIENTO
EN GARANTÍA**

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 especial de **LIBERTY SEGUROS S.A.**, tal como se acredita con la documentación anexa al presente documento, mediante el presente escrito procedo a **CONTESTAR LA REFORMA DE LA DEMANDA** de Responsabilidad Civil promovida por el señor Wilder Jair Díaz Córdoba y Otros en contra de Dumian Medical S.A.S., y seguidamente procedo a **CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por Dumian Medical S.A.S., contra mi procurada, 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 sometidas a consideración de su Despacho.

**I. SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA POR AUSENCIA DE LEGITIMACIÓN
POR PASIVA DE LIBERTY SEGUROS S.A.**

En este caso emerge con claridad que la compañía Liberty Seguros S.A., carece de legitimación en la causa por pasiva, en la medida en que la póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, no presta cobertura temporal a los hechos objeto del litigio y en dicha medida continuar con su vinculación iría en contravía de los principios de eficacia y celeridad de la administración de justicia, haciéndola incurrir en un desgaste procesal en el que finalmente no podrá resultar condenada.

En este punto es preciso indicar que el artículo 278 del Código General del Proceso dispuso con claridad el deber que le asiste al juez de proferir sentencia anticipada cuando encuentre probada la falta de legitimación en la causa:

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

Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.

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

1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.

2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.
3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

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

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

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

En consecuencia, como la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 fue pactada bajo la precitada modalidad y, como no se cumplen los dos supuestos necesarios para su cobertura temporal, se concluye que mi representada no está obligada al pago de suma alguna por concepto de indemnización de perjuicios, motivo por el cual, se hace completamente evidente la falta de legitimación en la causa por pasiva y la consecuencial necesidad de que se profiera sentencia anticipada, ordenándose la desvinculación de mi prohijada del presente asunto. Así las cosas, desde este momento el despacho deberá dictar sentencia anticipada parcial a fin de negar las pretensiones de la demanda y el llamamiento en garantía respecto a Liberty Seguros S.A.

II. OPORTUNIDAD

Con el objeto de verificar los términos de contestación a la demanda, se tiene que el día 08 de marzo del 2024 el despacho mediante estados notifico el auto interlocutorio No. 307 de

fecha de elaboración 07 de marzo del 2024, mediante el cual se admitió la reforma a la demanda declarativa de responsabilidad civil médica formulada por el señor Wilder Jair Díaz Córdoba y otros, otorgando el término de diez (10) a las partes que se pronuncien al respecto, de conformidad con lo descrito en el Art. 93 del C.G.P.

Así las cosas, y de conformidad con lo descrito en el Artículo 93 del Código General del Proceso, se tiene que el término correrá pasados los tres (3) días desde la notificación, en ese orden de ideas, encontrando que la notificación del auto admisorio de la reforma de la demanda fue el día 08 de marzo del 2024, contabilizando los tres (3) días desde la notificación, el término para pronunciarse sobre la reforma de la demanda comienzan a correr desde el 14 de marzo del 2024 hasta el 03 de abril de 2024, por lo cual la radicación del presente escrito se efectúa en término.

III. CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA

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

Procedo a pronunciarme frente a cada uno de los hechos de la demanda en la misma forma y en el mismo orden cronológico en que fueron planteados, así:

Frente al hecho “1”: No le consta a mi representada de manera directa lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que lo descrito hace parte de la esfera personalísima de los señores Aura Arcila Gómez, Plutarco Antonio Córdoba, Benjamín Diomedes Córdoba y Lucero Adriana Córdoba personas con las que mi procurada nunca ha teniendo ningún vínculo contractual o de cualquier otra índole. Adicionalmente, cabe destaca que de conformidad con lo descrito en el Art. 167 del C.G.P., le asiste la obligación a la activa de probar cada una de sus afirmaciones.

Frente al hecho “2”: No le consta a mi representada de manera directa lo manifestado por la activa en el presente hecho, comoquiera que la misma no tiene ningún tipo de vínculo y/o relación con los señores Blanca Lidia Perafan, Arturo Díaz Dávalos, y Franky Díaz Perafan, adicionando que lo aquí relatado hace parte de la esfera personalísimos de los señores antes mencionados. Se debe probar lo dicho.

Frente al hecho “3”: No le consta a mi representada de manera directa lo manifestado por la activa en el presente hecho, comoquiera que la misma no tiene ningún tipo de vínculo y/o relación con los señores Lucero Adriana Córdoba, Franky Díaz Perafan y Wilmer Díaz Córdoba adicionando que lo expuesto hace parte de la esfera personalísima de los antes mencionados.

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

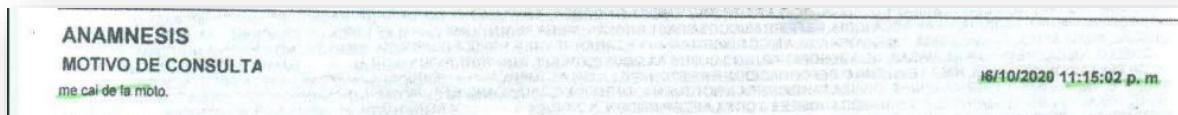
Frente al hecho “5”: No le consta a mi representada, lo manifestado en el presente hecho, comoquiera que la misma desconoce las relaciones civiles y/o filiales que se tenga entre los señores Franky Díaz Perafan, Leidy Johana Perafan Zúñiga y Dylan Sneider Díaz, ya que las misma hacen parte de la esfera personalísima del mismo. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

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

Frente al hecho “7”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente apartado, toda vez que atañen a circunstancias íntimas y personales de la parte activa del litigio, las cuales no guardan relación con el desarrollo de las actividades normales de mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, cabe destacar que de conformidad con los descrito en el Art. 167 del C.G.P., la activa tiene la obligación de probar su dicho.

Frente al hecho “8”: El presente apartado tiene varias afirmaciones ante las cuales me pronuncio así:

- No le consta a mi representada lo manifestó en el presente hecho, pues la misma no presencio lo descrito, no tuvo injerencia y mucho menos participación en el accidente de tránsito ocurrido el día 06 de octubre del 2020. Cabe destacar que no se aporta al expediente prueba alguna que permita soportar la ocurrencia del accidente de tránsito descrito, sin embargo, resulta útil exponer que, de acuerdo a la historia clínica que se adosa al proceso, se tiene que el señor Wilmer Jair Díaz, manifestó haberse caído de la moto, como se evidencia:



Así las cosas, del apartado anterior, resulta claro que el señor Díaz Córdoba presentó una caída de la motocicleta que el mismo conducía.

- Respecto de las lesiones padecidas por el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, resulta necesario exponer que a mi procurada no le consta lo dicho, pues que el campo de operación y funcionamiento de la Compañía Aseguradora, esta alejada de la función y prestación del servicio médico. Sin embargo, de la historia clínica emitida por la ESE CENTRO 2, se tiene que el diagnostico dado al hoy demandante fue de politraumatismo, herida de miembro inferior izquierdo y compromiso del musculo extensor de los dedos y tendinoso.

Frente al hecho “9”: El presente apartado expone varias afirmaciones ante las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

- A mi mandante no le consta lo afirmado en este numeral, toda vez que hace referencia a supuestos completamente ajenos al giro ordinario de sus negocios. Pese a ello debe decirse que de conformidad con la historia clínica emitida por la ESE CENTRO 2, se tiene que la hora de ingreso del señor Wilmer Jair Díaz a dicho centro de salud fue a las 09:22 pm.
- Respecto de la atención médica brindada por el galeno Víctor Hugo Castro Cruz, se evidencia de la historia clínica aportada al proceso, que el profesional de la salud atendiendo al hoy demandante, señor Wilmer Díaz Córdoba, a quien posterior de un examen físico y una impresión DX, se diagnostico un “politraumatismo del tendón

y músculos del extensor largo de los dedos a nivel del pie y del tobillo”.

Frente al hecho “10”: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente apartado, pues se reitera que mi procurada no presencio lo descrito, y mucho menos tuvo injerencia o participación en los hechos reprochados. Pese a ello, cabe destacar que lo expuesto en el presente apartado es una transliteración de lo contenido en la historia clínica emitida por la ESE CENTRO 2. Así mismo, es claro que el centro de salud, procedió con el trámite para remitir al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba a un nivel de atención médico superior.

Frente al hecho “11”: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba en la clínica Santa Gracia. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, cabe destacar que el galeno Ricardo Andrés Ibarra, dejó las anotaciones de que se observa una herida completa en tercio distal de pierna izquierda con exposición de fascia tendinosa. Sin embargo, posterior a la realización de un examen físico, exámenes de laboratorio, y radiografías de pierna AP lateral, radiografía de tobillo AP lateral y rotación interna, se diagnosticó al paciente con “herida de otras partes de la pierna”, como se observa en la historia clínica emitida por DUMIAN MEDICAL S.A.S.

Frente al hecho “12”: De conformidad con lo descrito en la historia clínica emitida por DIMIAN MEDICAL S.A.S., se observa que el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, estuvo en dicha institución médica, en la cual se procede a realizar la lectura oficial de las radiografías tomadas, por parte del médico Ricardo Andrés Ibarra, y quien de acuerdo a su experticia médica y conocimiento, decide remitir al hoy demandante a una valoración por Cirugía Plástica, como se evidencia en la historia clínica aportada al proceso.

Frente al hecho “11” (Se repite): A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica

presuntamente suministrada al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba. En todo caso se evidencia dentro de la historia clínica emitida por la hoy demandada DUMIAN MEDICAL S.A.S., que el hoy demandante fue atendido por la médico Claudia Patricia Adrada Cruz, especialista en cirugía plástica, quien bajo su experticia y valoración médica efectuada al señor Díaz, determino que el mismo presentaba una herida de 10 cm anterior en la pierna izquierda, con borde irregular desvitalizado, y pérdida de tejido en la sección muscular y una exposición ósea, motivo el cual el plan de atención es esperar disponibilidad de quirófano, tal cual se evidencia en la historia clínica adosada al proceso.

Frente al hecho “12” (Se repite): El presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino que es un transliteración textual del contenido de la historia clínica emitida por DUMIAN MEDICAL S.A.S., sin embargo cabe destacar que la médica cirujana plástica, realizó una intervención quirúrgica al hoy demandante, en atención a las condiciones de la herida, y el análisis completo de examen físico, exámenes de laboratorio y radiografías que se le habían realizado al hoy demandante, dejando consignado en la historia clínica cada uno de los procedimiento realizado al paciente, y el plan de manejo con antibioticoterapia, situación que evidencia una atención rigurosa, oportuna y diligencia por parte de los galenos y la institución médica Dumian Medical S.A.S.

Frente al hecho “13”: Este hecho es parcialmente cierto, pues si bien se observa que el día 09 de octubre del 2020 el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba fue valorado por la médico Claudia Patricia Adrada, lo cierto es cabe destacar que desde el día 07 de octubre del 2020, el hoy demandante estuvo en constante revisión y control por parte de los galenos expertos y personal de salud de DUMIAN MEDICAL S.A.S., pues se evidencia lo siguiente:

1. El día 07 de octubre del 2020 posterior a la intervención quirúrgica, a las 13:34 horas, el señor Díaz Córdoba fue valorado por el galeno Donal Rojas Paganquiza, quien realizó la siguiente anotación textual: ***“PACIENTE EN POST-QUIRURGICO***

ADECUADO, CON BUENA EVOLUCION CLINICA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NO HAY EVIDENCIA DE SANGRADO ACTIVO POR HERIDAS QUIRURGICAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. DEBE PERMANECER EN MANEJO INTRAHOSPITALARIO PARA RECIBIR ANIBIOTICO TERPAIA POR 48 HRS, CONTINUAR CON ANALGESIA, CUIDADOS DE HERIDAS QUIRURGICAS Y CURACION DIARIA POR ENFERMERIA / VIGILANCIA MEDICA.

(...)

PACIENTEREFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR” (negrillas propias)

2. El día 07 de octubre del 2020, siendo las 23:47 horas, el paciente fue nuevamente valorado por la médico Diana Marcela Gómez, quien dejó la siguiente anotación textual: **“PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, QUIEN INGRESA PROCEDENTE DEL SERVICIO DE CIRUGIA EN SU POP DE DESBRIDAMIENTO Y COLGAJO EN PIERNA IZQUIERDA, SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA. PACIENTE QUIEN TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, ACTUALMENTE CON SIGNOS VITALES ESTABLES, BUENA MOPDULACION DEL DOLOR, DEBE CONTINUAR SEGUN INDICACION MEDICIA DE CIRUGIA PLASTICA 48 HORAS BAJO ANTIBIOTICOTERAPIA CUBRIENDO FOCO INFECCIOSO DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS.**

(...)

INGRESO A HOSPITALIZACION

REFIERE SENTIRSE BIEN, SIN DOLOR” (resaltado propio)

3. El día 08 de octubre del 2020, siendo las 15:20 horas, el señor Díaz Córdoba fue valorado por la médico Claudia Patricia Adrada Cruz, especialista en cirugía

plástica, quien bajo su experticia y conocimiento realizó la siguiente anotación textual: *"PACIENTE MASCULINO QUE SE ENCUENTRA EN SU POP DE LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO Y COLOCACION DE COLGAJO POR HERIDA SUCIA EN TERCIO DISTAL DE LA PIERNA, CLINICAMENTE ESTABLE , MODULANDO DOLOR, **DEAMBULA SIN PROBLEMAS**, PRESENTA QUEJA POR NO DESTAPAR HERIDA EL DIA DE HOY, LA INDICACION DE DEJAR HOSPITALIZADO ES CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO POR 48 HORAS POR ORDEN DE ESPECIALIDAD TRATANTE, IGUALMENTE POR INDICACION DE CIRUGIA PLASTICA SE INDICA DESTAPAR HERIDA A LAS 48 HORAS POSTERIORES AL PROCEIDMIENTO SE EXPLICA AL PACIENTE SIN EMBARGO SE TORNA DEMANDANTE, ACUSA QUE REQUIERE DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE Y COMPARA EL INGRESO DE ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA AL LADO, SE EXPLICAN QUE CONTEXTOS SON MUY DIFERENTES Y POR PROTOCOLO Y POR PANDEMIA ACTUAL SE AUTORIZA ACOMPAÑANTE EXCLUSIVAMENTE A PACIENTES QUE AMERITEN DEL MISMO, **PACIENTE JOVEN , FUNCIONAL**, CON LESION YA TRATADA, **INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES** POR TAL MOTIVO NO SE AUTORIZA DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE, SE EXPLICA A EL Y A SU FAMILIAR, QUE POR ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA NO SE DESTAPA LA HERIDA, Y QUE TRAS 48 HORAS DE ANTIBIOTICO SERA REVALORADO POR CIRUGIA PLASTICA DRA ADRADA QUIEN EN HORAS DE LA MAÑANA DA INDICACIONES DE MANEJO SOBRE EL PACIENTE.*

(...)

*PACIENTE MASCULINO 26 AÑOS DE EDAD INGRESA EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO, HERIDA COMPLEJA EN TERCIO DISTAL DE LA PIERNA , HERIDA SUCIA QUE DEBE SER LLEVADA A LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO CON INJERTO, **CLINICAMENTE ESTABLE BUENA EVOLUCION SIN DOLOR, SIN FIEBRE NO ESTIGMAS DE SANGRADO NO***

SIGNOS DE INFECCION ALREDEDOR DE HERIDA, LA INDICACION DE DESTAPAR HERIDA ES EL DIA 09/10/2020 POR ORDEN DE CIRUGIA PLASTICA ESPECIALIDAD TRATANTE DEL PACIENTE , ADEMAS INDICACION DE HOSPITALIZACION ES COMPLETAR 48 HORAS DE ANTIBOTICO LOS CUALES LOS COMPLETA EL DIA DE MAÑANA DONDE CIRUGIA PLASTICA INGRESARA A REVALORAR EL PACIENTE, POR EL MOMENTO NO TIENE SIGNOS DE ALARMA SE ESPERA EVOLUCION MEDICA , PROONOSTICO DE SU HERIDA ESTA SUPEDIATA A SU MISMA EVOLUCION, SE EXPLICA CONDUCTA PACIENTE INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVDADES NO REQUIERE DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE.” (negrillas propias)

Finalmente, el día 09 de octubre del 2020, siendo las 09:22 horas, el señor Wilmer Jair Díaz, es revalorado por la médico especialista en cirugía plástica, Dra. Claudia Patricia Adrada, quien, tras realizar un control a la evolución del paciente y un análisis al tratamiento antibiótico ordenado por 48 horas posteriores a la cirugía, manifiesta haber una “evolución satisfactoria”, y ordena dar de alta por cirugía plástica.

En ese orden de ideas, es claro que la atención médica y el servicio de salud otorgado al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba fue diligente, oportuno y perito, conforme a lo establecido por la *lex artis* para casos clínicos como el reprochado.

Frente al hecho “14”: Lo expuesto en el presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino que es una apreciación propia y subjetiva realizada por el apoderado de la parte demandante, que evidentemente se interpreta a su propio beneficio e interés. Cabe destacar y como quedó consignado en la historia clínica, el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, se realizaron exámenes físicos, exámenes de laboratorio, se le tomo varias radiografías, y fue valorado por un médico experto especialista en el tema de cirugía plástica. Así mismo, dentro de la historia clínica se observa como la Dra. Claudia Patricia Adrada, en la anotación

del día 07 de octubre del 2020 a las 09:06 horas, dejo consignado que, Si hubo una pérdida de tejido sección muscular, lo que permite inferir que si hubo un análisis detallado de cada uno de los componentes esenciales del cuerpo humano, como tendones y demás.

De otro lado, es menester señalar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de la exposición subjetiva efectuada por el extremo actor, debe estar plenamente probado. Ese tipo de conclusiones solo pueden ser arribadas por médicos o profesionales de la salud con experiencia y pericia en el tema en particular, por lo que hasta que ello no suceda, no puede tenerse este hecho como cierto.

Frente al hecho “15”: El pronunciamiento efectuado en el presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino que es una mera manifestación subjetiva, encaminada al beneficio de la activa, que a todas luces es carente de respaldo probatorio, que le permita a mi representada establecer la veracidad de lo dicho. Sin embargo, debe probarse de acuerdo a la obligación probatoria del Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “16”: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “17”: No le consta a mi representada, de manera directa lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma desconoce plenamente cuales fueron las atenciones médicas recibidas por el hoy demandante. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades

procesales previstas para ello.

Frente al hecho “18”: No le consta a mi procurada de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al hoy demandante, resaltando que el campo de funcionamiento de la compañía aseguradora es totalmente ajeno a la prestación del servicio médico. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “19”: De conformidad con la historia clínica emitida por DUMIAL MEDICAL S.A.S., el señor Wilder Jair Díaz, acudió el día 19 de noviembre del 2020 para control posoperatorio de un mes y medio, con la Dra. Claudia Patricia Adrada y dentro de la cual se manifiesta falta de plantiflexión de pie izquierdo movilidad de dedos conservada sensibilidad positiva, la médico experta ordena su atención con fisioterapia y se pide concepto por especialidad de ortopedia, como se evidencia de la historia clínica adosada al proceso.

Así las cosas, es claro que tanto la médico Claudia Patricia Adrada y el centro médico DUMIAL MEDICAL S.A.S., ha sido diligentes, oportunos y peritos, frente a las condiciones médicas presentadas por el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, remitiendo a cada especialidad que requiera el paciente.

Frente al hecho “20”: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades

procesales previstas para ello.

Frente al hecho “21”: No le consta a mi procurada de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al hoy demandante, resaltando que el campo de funcionamiento de la compañía aseguradora es totalmente ajeno a la prestación del servicio médico. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “22”: No le consta a mi representada, de manera directa lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que la misma desconoce plenamente cuales fueron las atenciones médicas recibidas por el hoy demandante. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “23”: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el caso.

Frente al hecho “24”: No le consta a mi procurada de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al hoy demandante, resaltando que el campo de funcionamiento de la compañía aseguradora es totalmente ajeno a la prestación del servicio médico. 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 caso.

Frente al hecho “25”: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba. Sin perjuicio de ello, la activa deberá acreditar su dicho debida a través de los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “26”: No le consta a mi procurada de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al hoy demandante, resaltando que el campo de funcionamiento de la compañía aseguradora es totalmente ajeno a la prestación del servicio médico. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Frente al hecho “27”: A mi mandante no le constan de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al hoy demandante, resaltando que se debe probar cada una de las afirmaciones del caso.

Frente al hecho “28”: No le consta a mi procurada de manera directa las afirmaciones de este hecho, toda vez que la misma no participó de la atención médica presuntamente suministrada al hoy demandante, resaltando que el campo de funcionamiento de la compañía aseguradora es totalmente ajeno a la prestación del servicio médico. 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 caso.

Frente al hecho “29”: El pronunciamiento efectuado en el presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino que es una mera manifestación subjetiva, encaminada al beneficio de la activa, que a todas luces es carente de respaldo probatorio, que le permita a mi representada establecer la veracidad de lo dicho. Sin embargo, debe probarse de acuerdo a la obligación probatoria del Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “30”: Lo descrito en el presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino una mera apreciación subjetiva efectuada por la activa, la cual va encaminada a su propio beneficio, y sobre el cual evidentemente no existe ningún tipo de sustento probatorio, que respalde lo dicho. En ese orden de ideas, debe probarse lo afirmado de conformidad con lo descrito en el Art. 167 de C.G.P.

Frente al hecho “31”: El pronunciamiento efectuado en el presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino que es una mera manifestación subjetiva, encaminada al beneficio de la activa, que a todas luces es carente de respaldo probatorio, que le permita a mi representada establecer la veracidad de lo dicho. Sin embargo, debe probarse de acuerdo a la obligación probatoria del Art. 167 del C.G.P.

Frente al hecho “32”: No le consta a mi representada lo manifestado en el presente hecho, y mucho menos como está conformado el núcleo familiar del señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, pues no se adoso al expediente prueba de ello, más allá de querer demostrar el vínculo filial, el cual es totalmente diferente a la conformación del verdadero núcleo familiar. Adicionalmente no hay prueba alguna que, con objeto a los hechos reprochados, el “núcleo familiar” del hoy demandante se vieran afectados. Se resalta la orfandad probatoria que permita evidenciar de manera cierta a mi procurada de las afirmaciones realizadas en el presente apartado. Que se pruebe.

Frente al hecho “33”: Lo descrito en el presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino una mera apreciación subjetiva efectuada por la activa, la cual va encaminada a su propio beneficio, y sobre el cual evidentemente no existe ningún tipo de sustento probatorio, que respalde lo dicho. Sin embargo, cabe destacar que, de conformidad con el contenido de la historia clínica emitida por el centro médico DUMIAN MEDICAL S.A.S., prestó una atención diligente, oportuna y perita, ya que el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba y poner en procura del paciente todos los actos médicos, para mejorar el estado de salud del hoy demandante, de conformidad con la *lex artis*, En ese orden de ideas, debe probarse lo afirmado de conformidad con lo descrito en el Art. 167 de C.G.P.

Frente al hecho “34”: Es cierto de conformidad con la constancia de no comparecencia No. 016472 emitida por la Casa de Justicia de la Alcaldía Municipal de Popayán, adosada el expediente, donde se convoca a DIMIAN MEDICAL S.A.S.

Frente al hecho “35”: Es cierto de conformidad con la constancia de no comparecencia No. 016472 emitida por la Casa de Justicia de la Alcaldía Municipal de Popayán, adosada el expediente, donde se convoca a DIMIAN MEDICAL S.A.S.

frente al hecho “36”: No es un hecho sino una apreciación subjetiva del Decreto 564 de 2020 y del Acuerdo PCSJA20-11549 de fecha 07 de mayo de 2020.

Frente al hecho “37”: Conforme a los documentos incorporados al plenario, es cierto que los accionantes le confirieron poder a los abogados Weiman Lúder Guzmán Calvache Y Cesar Nicolás Imbachi Pérez.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA REFORMA DE LA DEMANDA

Frente a la pretensión “1”: ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión solicitada por la parte actora en su escrito de reforma a la demanda, puesto que las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad. No se encuentra acreditada la responsabilidad civil en cabeza de Dumian Medical S.A.S., debido a que: (i) los medios de prueba que relaciona el extremo procesal activo son insuficientes y, por lo tanto, en las historias clínicas aportadas no se puede apreciar de manera cierta cada uno de los señalamientos formulados por los demandantes, ante la ocurrencia de un hecho culposo o dañoso y; (ii) no se configura el nexo causal como uno de los elementos de la responsabilidad civil, debido a que, por el contrario, estamos frente a la adecuada prestación de un servicio médico, bajo los lineamientos y atendiendo a la sintomatología del paciente. Lo anterior, comoquiera que no existió ningún error de diagnóstico y ausencia de prestación del servicio médico que provocara los perjuicios que se reclaman. No se estructuran los elementos de la responsabilidad pues no existe un actuar culposo atribuido a Dumian Medical S.A.S., ya que su atención siempre fue perita, oportuna y acorde a los signos que presentaba el paciente, señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, para los días 07, 08 y 09 de octubre del 2020.

De esta manera, no resulta próspera la atribución de responsabilidad que pretende endilgársele a la parte demandada dentro del presente asunto. Por lo anterior, solicito al despacho denegar lo pretendido por la parte actora.

Frente a la pretensión “2”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión y al reconocimiento de cualquier pago económico en favor de los demandantes, por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos, toda vez que no se encuentra acreditada la responsabilidad civil en cabeza de Dumian Medical S.A.S. Además, me opongo al reconocimiento del perjuicio de índole inmaterial y material, pues la tasación de los mismo

es excesivamente altos, injustificados y denotan un afán de lucro.

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

2.1 Perjuicios Inmateriales

2.1.1 Perjuicios Morales: ME OPONGO a la prosperidad de estas pretensiones por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos, y resulta importante destacar que la misma es consecuencia de las anteriores, y al encontrar que las mismas no tienen vocación de prosperidad, la misma suerte debe correr la presente pretensión. Además, me opongo al reconocimiento del daño moral, la cual fue tasada por el valor de 70 SMLMV para cada uno de los demandantes o un total de 700 SMLMV, en favor de las demandantes, pues aquella es completamente desfasada de los lineamientos jurisprudenciales en los que en múltiples ocasiones se ha pronunciado la Sala Civil de la H. Corte Suprema de Justicia. En efecto, las sumas solicitadas sobrepasan el baremo liquidatario en casos de extremada gravedad como muerte, donde en tales asuntos se ha reconocido la suma máxima de \$60.000.000, resultando impróspera e injustificada la cuantificación pretendida por el extremo actor, máxime cuando en el dossier ni siquiera fue acompañado de elementos probatorios contundentes, que permitan de manera cierta endilgar algún tipo de responsabilidad a mi representada.

2.1.2 Perjuicio fisiológico o a la vida en relación: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión por concepto de “daño a la vida en relación”, que se tasó por la suma equivalente a 70 SMLMV para el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba. Es preciso resaltar que dicha tasación económica es carente de fundamento y no debe ser considerada. La parte demandante pretende el reconocimiento de una indemnización que en realidad no sería procedente, por cuanto el daño a la vida en relación se desprende de su acreditación, y pese a ello, en todo

caso, el reconocimiento invocado es superior a los casos de similitudes circunstancias de que nos ocupa, que en diferentes postulados la H. Corte Suprema ha reconocido. Por otro lado, este concepto debe basarse en afirmaciones concretas que den muestra de cuáles son las afectaciones reales que ha sufrido las víctimas en sus condiciones de vida.

Sin perjuicio de lo anterior, resulta necesario destacar que la suma pretendida es abiertamente desproporcionada, y contraría los parámetros establecidos por la H. Corte Suprema de Justicia, dado que la mentada Corporación en Sentencia SC2107-2018¹, resolvió el daño a la vida de relación en la suma equivalente a 25 SMLMV, con ocasión a un accidente donde al actor le fue amputada la pierna derecha, es decir, un caso que comporta una gravedad sustancialmente mayor a la discutida en este proceso.

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

1.1.1 Pérdida de Oportunidad”: Me opongo al reconocimiento de la presente pretensión. Atendiendo a que, lo pretendido por el demandante en esta pretensión es consecuencial de las anteriores, y ante la no prosperidad de aquellas, la misma suerte debe correr frente a esta, es decir, su no prosperidad. En igual sentido, es necesario indicar que en el presente asunto no hay prueba alguna del perjuicio reclamado, pues cabe destacar y reiterar la orfandad probatoria respecto de la responsabilidad civil pretendida, los perjuicios alegados.

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, radicación número 11001-31-03-032-2011-00736-01, de 12 de junio de 2018. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

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

Con todo, se limita la parte actora a anunciar la supuesta causación del perjuicio, omitiendo el cumplimiento de la carga procesal, según la cual debe acreditar la presencia de los supuestos fácticos y jurídicos necesarios que hagan viable el reconocimiento de la supuesta pérdida de oportunidad, que, desde luego, es inexistente en el presente asunto.

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

1.2 Perjuicios Materiales

1.2.1 Lucro Cesante: ME OPONGO a la prosperidad de estas pretensiones por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos, y resulta importante destacar que la misma es consecuencia de las anteriores, y al encontrar que las mismas no tiene vocación de prosperidad, la misma suerte debe correr la presente pretensión. Además, me opongo al reconocimiento del perjuicio patrimonial – lucro cesante solicitada por valor de \$145.037.089, por ser esta injustificada, en la medida en que: (i) Dentro de la demanda y sus medios de prueba no se logra observar cuál era el ingreso fijo mensual que percibía el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, para la fecha de la atención medica brindada en Dumian Medical S.A.S. (ii) Al no encontrarse debidamente demostrado un vínculo laboral en cabeza del accionante, no puede incrementársele un porcentaje por concepto de prestaciones

sociales. (iv) En la página del RUAF, se aprecia que el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, únicamente tiene un registro al sistema de salud bajo el régimen contributivo, en calidad de cotizante únicamente a partir del año 2022, y no para octubre del 2020, fecha los hechos reprochados, (v) Finalmente, no se ha acreditado que el demandante Wilmer Jair Díaz Córdoba tenga una pérdida de capacidad laboral, que permita conocer de manera cierta la gravedad de sus afectaciones.

Además, debe tenerse en cuenta que la Corte Suprema de Justicia² respecto del lucro cesante ha manifestado que dicho concepto está constituido por las ganancias “*ciertas*”, que dejó de percibirse por los hechos objeto del litigio. De conformidad con lo anterior, tenemos 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.

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

Frente a la pretensión “3”: ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión solicitada por la parte actora, puesto que las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, pues la misma es consecuencial de las anteriores, y ante la no prosperidad de aquellas, la misma suerte debe correr frente a esta, es decir, su no prosperidad. Adicionalmente se reitera que no se encuentra acreditada la responsabilidad civil en cabeza de Dumian Medical S.A.S., debido a que: (i) los medios de prueba que relaciona el extremo procesal activo son insuficientes y, por lo tanto, en las historias clínicas aportadas no se puede apreciar de manera cierta cada uno de los señalamientos formulados por los demandantes, ante la ocurrencia de un hecho culposos o dañosos y; (ii) no se configura el nexo causal como uno de los elementos de la responsabilidad civil,

² Corte Suprema de Justicia, SC11575-2015 del 05 de mayo de 2015.

debido a que, por el contrario, estamos frente a la adecuada prestación de un servicio médico, bajo los lineamientos y atendiendo a la sintomatología del paciente. Lo anterior, comoquiera que no existió ningún error de diagnóstico y ausencia de prestación del servicio médico que provocara los perjuicios que se reclaman. No se estructuran los elementos de la responsabilidad pues no existe un actuar culposos atribuido a Dumian Medical S.A.S., ya que su atención siempre fue perita, oportuna y acorde a los signos que presentaba el paciente, señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, para los días 07, 08 y 09 de octubre del 2020.

Así las cosas, solicito despachar de manera desfavorable la presente pretensión.

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

Frente a la pretensión “5”: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión por carecer de fundamento fáctico y jurídico. El pago de intereses moratorios sólo se generaría en una eventual condena en contra de mi representada. Sin embargo, reitero mi oposición, toda vez que, se repite, mi representada no tiene ninguna obligación indemnizatoria derivada de los hechos descritos en el escrito genitor.

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

Frente a la pretensión “7”: ME OPONGO a la prosperidad de esta petición de condena en costas del proceso y agencias en derecho, toda vez que, se repite, que no existe ninguna obligación indemnizatoria derivada de los hechos descritos en el escrito genitor. Por tal motivo solicito que, en vista de que no se identifica ninguna actuación que refleje la

necesidad de un reproche jurídico por parte de la demandada, se condene en costas a los demandantes, pues sometió al extremo pasivo y a mi prohijada, sin justificación ni respaldo probatorio alguno, al agotamiento innecesario de estas instancias judiciales

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso 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 en los siguientes términos:

1. Frente al lucro cesante.

Como aspecto fundamental para objetar el juramento estimatorio frente al lucro cesante, debe advertirse que: **(i)** No obra dentro del expediente ningún medio de prueba que corrobore, que el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba para los días de 07, 08 y 09 de octubre del 2020 tenía un contrato laboral vigente, y que con ocasión a los hechos reprochados, la misma hubiera perdido tal relación laboral y de cuál es el ingreso económico cierto percibido por la misma; **(ii)** dentro de la página del RUAF, se aprecia que el hoy demandante, Wilmer Díaz Córdoba figura afiliada al sistema en salud bajo el régimen contributivo como cotizante, únicamente a partir del año 2022 y no en el año 2020 donde presuntamente ocurrieron los hechos reprochados, lo que nos permite inferir que para este último años, 2020, el mismo NO contaba con un vínculo laboral vigente, **(iii)** Finalmente, al proceso NO se adoso Informe de la Perdida de la Capacidad Laboral que hubiera presentado el señor Wilmer Díaz, y así mismo no hay prueba alguna que permita conocer la gravedad de las lesiones y perjuicios alegados.

De tal suerte, en el entendido de que las sumas consignadas en el acápite del juramento estimatorio no obedecen a la realidad probatoria allegada al proceso, es en todo caso excesivo y sin soporte probatorio, de manera amable solicito a usted señor Juez, no tener en cuenta la estimación que se realiza en el libelo genitor.

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

En primer lugar, es preciso poner en conocimiento del Honorable Juez que la defensa se abordará con la formulación de medios exceptivos divididos en dos (2) grupos. En primer lugar, se abordarán las excepciones relacionadas con los medios de defensa propuestos con ocasión a los hechos del 07 al 09 de octubre del 2020, y en segundo lugar, en relación con las pretensiones indemnizatorias invocadas en la demanda.

Por lo anterior, se formularán las siguientes excepciones:

EXCEPCIONES FRENTE AL FONDO DEL ASUNTO

1. COADYUVANCIA DE LAS EXCEPCIONES PLANTEADAS POR LA SOCIEDAD DUMIAN MEDICAL S.A.S., QUIEN FORMULÓ EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

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

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

En el caso que nos atañe no existe culpa en el actuar de la demandada institución médica a la que cual se le imputa infundadamente la comisión de negligente, omisivo e irregular servicio de salud y, por ende, no se le puede endilgar ningún tipo de responsabilidad a la pasiva. Lo anterior, en la medida en que las pruebas obrantes en el plenario acreditan sin lugar a duda que la entidad demandada obró con total diligencia, oportunidad, idoneidad y cuidado, apegándose en todo momento a los principios de la *Lex Artis* y procurando en su obligación de medios salvaguardar la salud del señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, de las pruebas adosadas al expediente se puede afirmar que para la fecha de la atención médica brindada al hoy demandante no se escatimo ningún medio para la atención del paciente, debiéndose concluir que no tuvo lugar ninguna acción u omisión de tal entidad o del equipo médico y, en ese sentido, debe entenderse que no se cumplen los presupuestos para obtener la declaratoria de responsabilidad médica en cabeza de dicha entidad, pues para ello resultaba necesario que los demandantes probaran la existencia de un acto médico o de una actuación producida con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicha actuación, empero, como tales circunstancias no fueron debidamente acreditadas por la parte actora, indiscutiblemente debe exonerarse de responsabilidad al precitado instituto.

En términos generales, la responsabilidad médica es una institución jurídica que le permite al paciente y/o a sus familiares reclamar el resarcimiento de perjuicios causados como consecuencia de un acto médico, culposo o doloso, producido por parte de una entidad prestadora de servicios de salud. Para obtener una declaratoria de responsabilidad de esta índole, resulta necesario que el demandante pruebe la existencia de un acto médico producido con culpa o dolo y la presencia de un daño que tenga un nexo causal con dicho

acto médico. No obstante, se debe tener en cuenta que, en el régimen de responsabilidad, se le permite al presunto causante del daño enervar dicha pretensión que busca la declaratoria de responsabilidad, mediante la acreditación de un actuar diligente y cuidadoso durante los procedimientos suministrados a los pacientes. Es decir, si la institución médica que presta el servicio médico logra probar en el curso de un proceso judicial que su actuar fue diligente, enervará la responsabilidad que el demandante busca declarar en contra suya.

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

*“La comunicación de que **la obligación médica es de medio y no de resultado**, es jurídicamente evidente, luego no hay lugar a deducir que se atenta contra el derecho a la vida de la paciente al hacérsele saber cuál es la responsabilidad médica³.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Otro pronunciamiento del más alto tribunal constitucional se refirió en el mismo sentido al decir:

*“**Si bien las intervenciones médicas son de medio y no de resultado**, es necesario advertir que la responsabilidad respecto de actuaciones de medio, implica que se apoyen de toda la diligencia, prudencia y cuidado, so pena de*

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

*poner en riesgo irresponsablemente derechos constitucionales fundamentales.
Aquí indudablemente el derecho a la salud es fundamental en conexidad con el
derecho a la vida”⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Así mismo, la H. Corte Suprema de Justicia, sentencia del 15 de septiembre de 2016, se pronunció en de la siguiente forma:

“(…) El médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que, en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación (...)”⁵

Ahora bien, resumiendo la jurisprudencia anteriormente expuesta, no queda duda que para el más alto tribunal constitucional y para el más importante juzgador de la Jurisdicción Civil, existe un criterio unánime que explica que la regla general es que las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente ilustrar cómo las más altas cortes de Colombia han explicado que una declaratoria de responsabilidad médica puede ser enervada a partir de la prueba de la debida diligencia del demandado. De este modo, la H. Corte Suprema de Justicia ha sido clara al establecer:

*De esa manera, si el galeno fija un objetivo específico, cual ocurre con intervenciones estéticas, esto es, en un cuerpo sano, sin desconocer su grado de aleatoriedad, así sea mínimo o exiguo, se entiende que todo lo tiene bajo su control y por ello cumplirá pagando la prestación prometida. **Pero si el***

⁴ Corte Constitucional. Sentencia del 05 de abril de 2001. Expediente T-398862. M.P. Rodrigo Escobar Gil.

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de septiembre de 2016. Radicado No. 2001-00339. M.P. Margarita Cabello Blanco.

compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros.”⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo pronunciamiento indicó:

“El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico.”⁷

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

“La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación. Sentencia del 24 de mayo de 2017. Radicado 110-2017 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

⁷ Ibidem.

*prestación del servicio –se reitera– **se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS** o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; **o la debida diligencia y cuidado** de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”⁸ . (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Previo al análisis que se realizará respecto de la diligencia efectuada por los demandantes, es menester precisar el contenido obligacional al que están sometidos los médicos y el régimen jurídico que de este se desprende. Esto es, la sujeción a una obligación de medios en la práctica de los actos médicos y el régimen subjetivo de responsabilidad que le es aplicable en consecuencia. Así se encuentra en el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el fundamento legal de la obligación de medios del médico en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

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

Conforme a lo precitado, en el presente caso se vuelve obligatoria la acreditación de la falla o negligencia médica por la parte activa para configurar responsabilidad de la Institución

⁸ Corte Suprema de Justicia, sala de casación civil, sentencia del 30 de septiembre de 2016, Mp. Ariel Salazar Ramírez, Radicado 05001-31-03-003-2005-00174-01

médica. Puesto que la obligación en la prestación del servicio de salud es de medios, en virtud de la norma precitada. Aunado a ello, la parte demandante debe demostrar la configuración de los tres elementos *sine qua non* para determinar la responsabilidad, esto es (i) La falla, (ii) El daño antijurídico y (iii) El nexo de causalidad entre la primera y la segunda. Sin embargo, lejos de probar la negligencia médica y los tres aspectos anotados con anterioridad, de la documentación que conforma el expediente se puede observar que la atención médica brindada por Dumian Medical S.A.S., a través de su personal médico se sujetaron a los más altos estándares médicos al momento de proporcionar un servicio de salud al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba.

Resulta útil y pertinente resaltar lo contemplando dentro de los elementos probatorios adosados con la contestación de la demanda efectuada por Dumian Medical S.A.S., la cual expone que:

Es pertinente manifestar y recalcar que el presenta caso se trató de una lesión severa de los tejidos blandos y que hubo pérdida de tejidos en el momento de trauma los cuales pudieron ocasionar pérdida tendinosa. Según análisis de la historia clínica se evidencia que en los exámenes físicos no recalca que haya limitación funcional, solo se evidencia una gran lesión de tejidos blandos.

Colindando con lo anterior, resulta importante resaltar la sintomatología y el análisis médico que se efectuó al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, donde solo se evidencia una lesión severa de los tejidos blancos, y se recalca que NO hubo perdida o limitación funcional, en la manera en que lo refiere el hoy demandante.

Ahora bien, relacionando lo expuesto dentro del caso que se divulga, resulta importante destacar que el cuadro clínico presentado por el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, fue de un

traumatismo en miembro inferior izquierdo como herida de otras partes de la pierna, donde de ninguna manera se evidencio que existiera una limitación funcional, información que puede ser corroborada dentro de la historia clínica de Dumian Medical S.A.S. Si bien, dentro del escrito demandatorio se adoso historia clínica, se tiene claro que desde el día 07 de octubre del 2020 el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba fue atendido por vario médicos expertos, prestándole la atención medica requerida, realizando hasta una intervención quirúrgica en procura de mejorar el estado de salud del paciente, resaltando que el día 09 de octubre del 2020 se dejó una anotación en la historia clínica, donde posterior a una valoración de la cirugía plástica, se evidencio una evolución satisfactoria del paciente, y finalmente del 19 de noviembre del 2020, cuando el hoy demandante acude a consulta de control con cirugía plástica es donde refiere *“paciente en posoperatorio de mes y medio de colgajo en pierna izquierda refiere falta de plantiflexión de pie izquierdo movilidad de dedos conservada sensibilidad positiva y se observa cicatriz ensanchada en pierna distal izquierda”*.

De lo anterior es claro, que la atención medica brindada en Dumian Medical S.A.S., al señor Wilmer Jair Díaz fue perita, oportuna y diligente, y al no encontrarse en este proceso prueba alguna o elemento de juicio suficiente que permita atribuir responsabilidad a la institución médica demandada, queda completamente desvirtuado un nexo de causalidad entre la conducta de la pasiva y el daño reclamado, esto es, la negligencia médica y la omisión en la prestación del servicio médico. De tal suerte que teniendo presente que el nexo de causalidad no goza de presunción de legalidad, sino que debe demostrarse en el proceso por ser un elemento estructural de la responsabilidad. No se vislumbra en el plenario del proceso ninguna prueba que acredite el hoy demandante, sufrió complicación alguna por la conducta de Dumian Medical S.A.S. Por tanto, al no encontrarse probado el nexo de causalidad, no podría el Juez encontrarlo acreditado por el mero dicho de la parte Demandante. Por tal razón, es apenas lógico que el Despacho proceda a desestimar las pretensiones de la demanda con respecto a la parte pasiva del proceso.

En conclusión, en ninguna circunstancia los hechos reprochados por la parte actora, esto es la limitación funcional del pie izquierdo con ocasión a la presunta ruptura del tendón del tibial de la pierna izquierda, pues ha queda claro que el presenta caso se trató de una lesión severa de los tejidos blandos y que hubo pérdida de tejidos en el momento de trauma los cuales pudieron ocasionar pérdida tendinosa y limitación funcional. Por ende, la actuación de los médicos expertos y de la institución médica, Dumian Medical S.A.S., fue adecuada, diligente, oportuna y perita. De modo que, al no acreditarse uno de los elementos estructurales de la responsabilidad, esto es, el nexo causal entre la conducta de las demandadas y el diagnostico no resulta posible la declaratoria de responsabilidad.

Por lo expuesto, considero señor juez se declare probada la presente excepción.

3. INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL COMO ELEMENTO INDISPENSABLE PARA ACREDITAR LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN CABEZA DE LA PASIVA

Se formula esta excepción con el fin de exponer la inexistencia de nexo causal entre las conductas de Dumian Medical S.A.S. y los supuestos perjuicios padecidos por el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba pues, en primer lugar, la atención y tratamiento de las patologías y sintomatologías del paciente se realizaron de manera adecuada, tal como lo indica la literatura médica y la *lex artis* y, en segundo lugar, los demandantes no allegaron ninguna prueba al plenario que demuestre efectivamente la responsabilidad civil médica que se pretende endilgar a la institución médica.

Respecto de lo anterior, es importante destacar que la teoría de la causalidad aplicada en Colombia es la causalidad adecuada que, a diferencia de la teoría de la equivalencia de condiciones, en la que simplemente basta determinar si el hecho final se hubiere o no

presentado o no con determinada actuación. La teoría de la causa adecuada exige un filtro adicional en el que de esa multiplicidad de causas que se pueden presentar en el mundo fenomenológico, que pueden ser condiciones sine qua non, serán relevantes solo aquellas de las que fuera previsible el resultado.

“(…) aquél que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más ‘adecuado’, el más idóneo para producir el resultado, atendidas por lo demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuadas para generarlo. (...)”⁹

Es preciso señalar que la teoría de la causa adecuada ha sido la escogida por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en diferentes sentencias como la teoría aplicable en Colombia, de las cuales se destacan sentencias de fecha 06 de agosto de 2007¹⁰, 30 de septiembre de 2016¹¹ y 12 de enero de 2018¹².

En este orden de ideas, es claro como lo sostuvo el profesor Valencia Zea y lo ha recogido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que en los eventos en que existen diferentes causas de un daño, el compromiso de la responsabilidad sólo se podrá predicar respecto de quien genera la condición o causa que efectivamente lo produce. Por eso, la responsabilidad profesional médica no puede deducirse si no cuando proviene y se demuestra que fue generada por el extremo demandado.

⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. Sentencia del 15 de enero de 2008. Expediente 87300

¹⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Expediente 19858. Agosto 6 de 2007

¹¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC13925-2016. Septiembre 30 de 2016

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

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

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

“Se sigue de ello que el nexo causal entre la conducta imputable al demandado y el efecto adverso que de ella se deriva para el demandante, debe estar debidamente acreditado porque el origen de la responsabilidad gravita precisamente en la atribución del hecho dañoso al demandado”¹³

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

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 658-95. junio 23 de 2005

padecimientos alegados por el señor Wilmer Díaz Córdoba.

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

4. EL PRESENTE CASO DEBE EVALUARSE A LA LUZ DEL RÉGIMEN DE FALLA PROBADA

Como es sabido, la jurisprudencia ha establecido que para la declaratoria de la responsabilidad que hoy se pretende endilgar a la pasiva del presente proceso judicial, se impone al actor la carga de probar de manera fehaciente la realización de la falla culposa en la prestación del servicio médico, que constituye la causa del daño que se alega. En otras palabras, tratándose de responsabilidad civil médica no existe presunción alguna que exonere al extremo actor de demostrar, además del daño y el nexo causal, el hecho configurativo de una mala práctica en el ejercicio médico. Para el caso particular existe una completa ausencia de medios de prueba que permitan suponer, así sea sumariamente, un negligente servicio médico, por el contrario, todos los medios apuntan indiscutiblemente al apegado procedimiento médico profesional que brindó Dumian a través de todos sus médicos expertos, pues no hay lugar a duda de que para el momento de la atención del señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, aquel no presentaba de ruptura de tendón y limitación funcional de la pierna izquierda y por lo tanto no había lugar a efectuar dicho diagnóstico.

Debe decirse que la H. Corte Suprema de Justicia se ha manifestado al respecto, en los siguientes términos:

(...) la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa

probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume. (...)¹⁴

Así las cosas, cuando jurídicamente se impone al extremo actor del litigio acreditar el hecho generador del daño y no existe presunción de responsabilidad en favor de la víctima, es claro que no puede derivar la misma por la simple causación de un resultado adverso con ocasión al acto médico. Es decir, muy a pesar de que se genere un hecho lamentable a raíz de la intervención médica, ello no puede responsabilizar al profesional de salud encargado, cuando no se evidenció la necesaria falla médica, por cuanto, como se ha manifestado, para estos casos el médico sólo está obligado a actuar con pericia y diligencia. En línea con lo aquí manifestado es menester hacer referencia a un pronunciamiento de la H. Corte Suprema de Justicia, en donde expuso que:

“(...) la calidad del diagnóstico, la pericia evidenciada en los resultados de la operación, el tratamiento y los cuidados posteriores estuvieron acordes con las

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC7110-2017, radicación No. 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

*buenas prácticas, según las probanzas recaudadas. **Por ello, un posible error de juicio o diagnóstico debido a un cuadro clínico complejo, que dificulta la adopción de una terapéutica inequívoca, no puede ser fuente de responsabilidad civil.** (...) ¹⁵” (resaltado propio)*

Aterrizando lo antes expuesto al caso en concreto, resulta necesario reiterar que el estado médico del señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, fue entorno a un traumatismo en miembro inferior izquierdo, el cual, de conformidad con el análisis de los galenos expertos, fue una lesión severa de los tejidos blandos, y el paciente NO presentaba condiciones de limitación funcional, pues en la historia clínica se evidencia que el mismo, podría valerse de sus propios medios. Así las cosas, es evidente que no existió una negligencia médica u omisión en el servicio médico por parte de la institución médica, más cuando existe un cuadro clínico completo, y de conformidad con el postulado jurisprudencial dicha circunstancia NO puede ser fuente para endilgar responsabilidad civil.

Finalmente, resulta más que claro exponer que el asunto en litigio tratándose de responsabilidad civil médica el extremo actor debe demostrar, además del daño y el nexo causal, el hecho configurativo de una mala práctica en el ejercicio médico, pero de conformidad con las pruebas obrantes en el plenario y los argumentos facticos del caso, sucedió todo lo contrario, pues el procedimiento médico profesional que brindó Dumian Medical S.A.S., a través de sus médicos expertos, fue diligente y acorde con el estado médico y valoración integral realizado al señor Wilmer Jair Díaz Córdoba, ya que aquel no presentaba signos ruptura de tendón y limitación funcional de la pierna izquierda y por lo tanto no había lugar a generar dicho diagnóstico.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ. Sentencia SC3272-2020, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

En los términos descritos, solicito al despacho declarar probada la presente excepción.

EXCEPCIONES FRENTE A LAS PRETENSIONES INDEMNIZATORIAS INVOCADAS
EN LA REFORMA DE LA DEMANDA

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

Por medio de la presente excepción se pretende demostrar al Honorable Despacho que el extremo procesal activo no acredita, argumenta, explica ni justifica de manera alguna la valoración sobre la tasación de las sumas de dinero pretendidas bajo el concepto de daño moral. Lo anterior, pues únicamente se limita a solicitar un monto a favor de los demandantes, sin que se argumente y/o sustente lo allí pretendido. Por otro lado, las sumas pretendidas bajo este concepto son exageradas y no se encuentran delimitadas ni enmarcadas de acuerdo con los lineamientos jurisprudenciales de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, pues en la demanda se solicitan **70SMLMV**, para cada uno de los demandantes, pese a ello la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha trazado un baremo indemnizatorio de 60 millones de pesos en eventos catastróficos como la muerte o en eventos de lesiones que comporten una pérdida de capacidad laboral superior al 50%, eventos que afortunadamente no ocurren en este caso.

Resulta pertinente recordar que, con relación a la ponderación de los daños morales que pretende la parte actora, si bien la misma se encuentra deferida al recto criterio del fallador, estas deben ser debidamente acreditadas, demostradas y tasadas por quien las pretende, teniendo en cuenta además que, este tipo de perjuicios “*se trata de agravios que*

*recaen sobre intereses, bienes o derechos que por su naturaleza extrapatrimonial o inmaterial resultan inasibles e incommensurables*¹⁶. Sobre este tipo de perjuicio, la Corte ha reseñado que el mismo no “constituye un «regalo u obsequio»” por el contrario, se encuentra encaminado a “reparar la congoja, impacto directo en el estado anímico espiritual y en la estabilidad emocional de la persona que sufrió la lesión y de sus familiares”¹⁷, con sujeción a los elementos de convicción y las particularidades de la situación litigiosa. Sin perjuicio de los criterios orientadores de la jurisprudencia, en procura de una verdadera, justa, recta y eficiente impartición de justicia¹⁸.

Inicialmente, se debe advertir al despacho que existe una desmesurada solicitud de perjuicios morales por valor de 70 SMLMV o \$91.000.000. para cada uno de los demandantes, lo cual es a todas luces improcedente, puesto que refleja un evidente ánimo especulativo y una errónea tasación de los perjuicios, en tanto que los mismos resultan exorbitantes según los criterios jurisprudenciales fijados por la Corte Suprema de Justicia. En efecto, es inviable el reconocimiento del daño moral en la suma pretendida por la parte demandante, por cuanto la tasación propuesta es equivocada y en tal sentido, no hay lugar al reconocimiento de suma alguna por concepto que supere los montos fijados a partir del desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia.

Para ilustrar de forma puntual la manera en que la Corte Suprema de Justicia ha cuantificado este perjuicio, es preciso traer a colación un caso particular. Así pues, en sentencia del 22 de octubre de 2021 con radicación No. 2001-01048-01, la Sala Civil de la Corte analizó el caso de un hombre que falleció en un accidente aéreo. En dicho caso, que resulta particularmente reciente, se reconoció la suma de CUARENTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA Y UN PESOS (\$

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

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 6 de mayo de 2016. Rad: 2004-032 (M.P: Luis Armando Tolosa Villabona)

¹⁸ Ídem.

47.472.181) a la cónyuge e hijos de la persona fallecida, es decir, únicamente a los familiares en primer grado de consanguinidad.

La Corte Suprema de Justicia a través de sus múltiples pronunciamientos ha dejado decantados los límites máximos de reconocimiento de perjuicios, como lo es en el caso del daño moral. En tal sentido, es importante señalar que los perjuicios morales solicitados por la parte demandante resultan equivocados y exorbitantes. Puesto que, siguiendo con los lineamientos jurisprudenciales fijados por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia para la tasación de los perjuicios morales en casos análogos de fallecimiento, la Corte ha fijado como baremo indemnizatorio el tope de \$ 60.000.000 para los familiares en primer grado de consanguinidad y afinidad, tal y como se muestra a continuación:

*“(...) Atendiendo las pautas jurisprudenciales establecidas por esta Corporación de cara a las trágicas e inesperadas circunstancias en que aconteció la muerte del señor Ramírez Zuluaga, se fija en la suma de **sesenta millones de pesos (\$60.000.000)** el monto de los perjuicios morales que deberán ser resarcidos a la demandante en su calidad de cónyuge de la víctima (...)”¹⁹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

En otro proceso, la Sala Civil de la H. Corte Suprema de Justicia ordenó el pago a la víctima directa de QUINCE MILLONES DE PESOS (\$ 15.000.000) por concepto de daño moral a causa de la amputación de su miembro inferior izquierdo²⁰.

Por tanto, es claro el ánimo e intención de lucro de la parte demandante al pretender el reconocimiento de un perjuicio moral sobre 70 SMLMV para cada uno de los demandantes,

¹⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 07/03/2019. MP Octavio Augusto Tejeiro Duque, Rad: 05001 31 03 016 2009-00005-01.

²⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 15 de octubre de 2004. Exp. 6199. M.P. Julio César Valencia Copete.

cuando en casos de mayor gravedad la Corte Suprema de Justicia ha reconocido cifras mucho menores. En virtud de lo anterior, las pretensiones invocadas por la parte demandante evocan un evidente ánimo especulativo.

En atención a los argumentos expuestos, la pretensión de reconocimiento de perjuicios morales en cabeza de la demandante se encuentra totalmente alejada de los criterios normativos y jurisprudenciales que se han sostenido durante años. Lo anterior, al no encontrarse acreditado, en primer lugar, la responsabilidad en cabeza de los demandados y, en segundo lugar, de forma clara y fehaciente los valores pretendidos, ya que sólo se estipulan unos rubros sin indicación de su procedencia. La doctrina ha establecido, en relación a la naturaleza demostrable de los perjuicios morales, lo siguiente:

*“(…) Los perjuicios morales subjetivados, igual que los materiales, deben aparecer demostrados procesalmente. Si bien su cuantificación económica es imposible, dada la naturaleza misma del daño, **lo cierto es que su intensidad es perfectamente demostrable**. La medicina y la psiquiatría contemporáneas pueden dictaminar casi con exactitud el grado y duración del dolor físico y psíquico (...)”²¹.* (Negrillas fuera del texto original).

En conclusión, es claro que la parte demandante, con la solicitud de reconocimiento de este perjuicio, no acredita con ningún medio de prueba los requisitos mínimos necesarios para que sea reconocido este concepto indemnizatorio, toda vez que no hay congruencia entre lo pretendido, los supuestos fácticos del caso y los lineamientos que al respecto ha emitido la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia. Además, la parte demandante solicita valores superiores incluso a los reconocidos en eventos de muerte de la víctima. Por otro lado, sus peticiones son abiertamente exageradas, inconducentes e injustificadas por cuanto solicita

²¹ Tamayo, Javier. Tratado de Responsabilidad Civil. Tomo II. Prueba de los Perjuicios Morales Subjetivados. Pág. 508.

el reconocimiento de sumas de dinero que han sido concedidas excepcionalmente en casos de mayor gravedad.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

6. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL SUPUESTO DAÑO A LA VIDA EN RELACIÓN, ASÍ COMO SU CUANTIFICACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA Y PRETENDIDA POR EL EXTREMO DEMANDANTE

Sea lo primero indicar que el daño a la vida de relación se presenta cuando la víctima sufre una alteración psicofísica que le impide o dificulta gozar de actividades rutinarias o bienes de la vida que disfrutaba antes del hecho lesivo. Así, este perjuicio se ve reflejado en el deterioro de la calidad de vida de la víctima y la pérdida de la posibilidad de tener contacto con las demás personas o relacionarse con ellas. En otras palabras, es improcedente el reconocimiento del daño a la vida de relación, teniendo en cuenta que en este caso no se encuentran acreditados los requisitos para su solicitud. En efecto, en el asunto que nos asiste, la parte demandante está solicitando esta indemnización como consecuencia de la causación de unas lesiones, sin que se haya incorporado prueba suficiente frente a la gravedad de la lesión, ni que efectivamente la misma le genera actualmente una afectación en la forma en la que desarrolla sus actividades normalmente. Adicionalmente, se advierte que **el reconocimiento del daño a la vida en relación, se reconoce única y exclusivamente a la víctima directa del daño**, por lo cual, resulta totalmente improcedente el reconocimiento a cualquier otro reclamante y que no tenga su génesis en la producción de lesiones y/o afectaciones.

En la actualidad, como es bien sabido, el daño a la vida en relación, pretende reparar el mismo perjuicio sufrido en la órbita física y psicológica de la víctima que le impide realizar

aquellas actividades agradables a la existencia, sin que este tipo de perjuicio tenga por vocación reconocerse en todos los casos. En efecto, pues hoy el mismo se ha admitido excepcionalmente cuando se trata de lesiones graves, que afecten la órbita de desenvolvimiento del lesionado y sólo para ser indemnizado a la víctima directa, por estar asociado estrictamente con lesiones físicas o anatómicas. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, ha delimitado el concepto de daño a la vida de relación y lo diferencia del daño moral, así:

“(...) Como se observa, a diferencia del daño moral, que corresponde a la órbita subjetiva, íntima o interna del individuo, el daño a la vida de relación constituye una afectación a la esfera exterior de la persona, que puede verse alterada en mayor o menor grado a causa de una lesión inflingida (sic) a los bienes de la personalidad o a otro tipo de intereses jurídicos, en desmedro de lo que la Corte en su momento denominó “actividad social no patrimonial”.

Dicho con otras palabras, esta especie de perjuicio puede evidenciarse en la disminución o deterioro de la calidad de vida de la víctima, en la pérdida o dificultad de establecer contacto o relacionarse con las personas y cosas, en orden a disfrutar de una existencia corriente, como también en la privación que padece el afectado para desplegar las más elementales conductas que en forma cotidiana o habitual marcan su realidad. Podría decirse que quien sufre un daño a la vida de relación se ve forzado a llevar una existencia en condiciones más complicadas o exigentes que los demás, comoquiera que debe enfrentar circunstancias y barreras anormales, a causa de las cuales hasta lo más simple se puede tornar difícil. Por lo mismo, recalca la Corte, la calidad de vida se ve reducida, a paso que las posibilidades, opciones, proyectos y aspiraciones desaparecen definitivamente o su nivel de dificultad aumenta considerablemente. Es así como de un momento a otro la víctima

encontrará injustificadamente en su camino obstáculos, preocupaciones y vicisitudes que antes no tenía, lo que cierra o entorpece su acceso a la cultura, al placer, a la comunicación, al entretenimiento, a la ciencia, al desarrollo y, en fin, a todo lo que supone una existencia normal, con las correlativas insatisfacciones, frustraciones y profundo malestar (...)"²².

Para conocer a mayor profundidad lo que ha establecido la Corte Suprema de Justicia en algunos casos en los que excepcionalmente se reconoció este concepto indemnizatorio, es preciso señalar el siguiente caso: la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ordenó el pago de \$30.000.000 para la víctima directa por los perjuicios causados con **la pérdida de la capacidad de locomoción permanente**, como consecuencia de accidente de tránsito por exceso de velocidad del vehículo en el que iba de pasajera²³. Nótese que en dicho caso la víctima perdió su movilidad de forma definitiva, en cambio en el presente caso no. En otro penoso caso, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ordenó el pago de \$ 30.000.000 a la víctima directa **por los perjuicios ocasionados por la extracción de su ojo izquierdo**.

Obsérvese que, en los casos antes referidos, la víctima quedó con secuelas para toda la vida y que afectaron directamente su interacción con el mundo exterior. Las secuelas fueron de tal magnitud, que era de esperarse que su actitud y su forma de ser cambiara abruptamente tras los hechos que motivaron cada una de las anteriores demandas. En el caso particular que nos cita al presente proceso, no se vislumbra un medio de prueba que, al menos sumariamente, permita acreditar que el demandante, Wilmer Jair Díaz Córdoba presenta consecuencias permanentes en su corporeidad que afectaron directamente su estilo de vida, su plan de vida, su relación con los demás o consigo mismo.

²² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 13 de mayo de 2008, radicado 11001-3103-006-1997-09327-01.

²³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 12 de noviembre de 2019, radicado 73001-31-03-002-2009-00114-01.

Es indispensable reiterar que el caso particular se trata de lesiones de menor gravedad, y se está solicitando una suma de dinero abiertamente improcedente por cuanto no se observa ningún detrimento de tipo personal y que le haya evitado continuar con su vida de forma normal o con regularidad a la que llevaban antes de los hechos que nos citan al proceso. Por lo tanto, la pretensión por este concepto no se encuentra probada, es desbordada y no se ajusta a los criterios que sobre este tipo de perjuicio ha establecido la jurisprudencia, no siendo procedente su reconocimiento, para lo cual nos remitimos a la argumentación expuesta en el literal anterior.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

7. IMPROCEDENCIA DE LA INDMENIZACIÓN POR PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD QUE PRETENDEN EL EXTREMO ACTOR.

En cuanto a la supuesta pérdida de oportunidad, debo indicar como primera medida que los ánimos de ganancia eventuales o hipotéticos no son susceptibles de sufrir menoscabo, pues la certeza es una característica del daño indemnizable. En el caso que nos ocupa, se tiene que el apoderado de la parte actora en el escrito de demanda no explica cuál es la supuesta oportunidad que han perdido el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba y mucho menos aporta alguna prueba tendiente a demostrar la configuración de este perjuicio. Pues no se ha determinado, la existencia de la oportunidad perdida. Luego, como la misma no ha sido demostrada de alguna forma, y mucho menos puede presumirse que tipo de oportunidad es la que se ha visto frustrada, es innegable que este pedimento no tiene vocación de prosperidad.

Es menester, traer a consideración el postulado de la H. Corte Suprema frente al tema en

particular, en la sentencia SC5885-2016, expuso lo siguiente:

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

De lo anterior, es pertinente resaltar que “el chance” o la oportunidad debe ser verídico, real y actual, pues de considerar que la oportunidad dependería de un futuro, no se estaría sino, en la eventual e hipotética circunstancia de que el hecho ocurra o no, y que por ello no se puede establecer que el daño haya configurado tales oportunidades, ya que no se puede partir de supuestos hechos, que no acarrear con la realidad y su probanza sería nula, por lo tanto la indemnización pretendida por ello, no tendría lugar alguna sobre la persona a la cual se le endilga el presunto daño.

Consecuentemente, se tiene que, en definitiva, olvidó la parte demandante que para que se considere que se consumó una pérdida de oportunidad, la existencia del chance debe estar acreditada de forma suficiente, siendo esta una legítima oportunidad seria, verídica,

real y actual, circunstancia que no sucedió, pues se reitera que la demanda se caracteriza por su orfandad probatoria. Efectivamente, se destaca que no es procedente indemnizar una mera expectativa que ni siquiera se define en el escrito de demanda, circunstancia que implica necesariamente el fracaso de esta pretensión.

Por todo lo expuesto, solicito declarar debidamente probada esta excepción.

8. IMPROCEDENCIA, FALTA DE MEDIO DE PRUEBA E INDEBIDA CUANTIFICACIÓN DEL SUPUESTO LUCRO CESANTE QUE PRETENDE EL SEÑOR WILMER JAIR DÍAZ CÓRDOBA.

Mediante la presente excepción se demostrará al despacho que el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba no se le pueden reconocer ninguno de los conceptos indemnizatorios materiales que solicita en la demanda. Éste se ha entendido cómo una categoría de perjuicio material, de naturaleza económica, de contenido pecuniario, es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero, y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir y que no ingresará al patrimonio de la persona. Es decir, se deja de recibir cuando se sufre un daño y puede ser percibido a título de indemnización por las víctimas directas o indirectas cuando se imputa al causante del perjuicio la obligación de reparar. Lo anterior, toda vez que: **(i)** No obra dentro del expediente ningún medio de prueba que permita establecer que el señor Wilmer Días Córdoba, para los días de 07 al 09 de octubre del 2020, contaba con una vinculación laboral, y que ello le generaba un ingreso económico, que con ocasión a los hechos reprochados, se vio afectado y tal vinculación término; **(ii)** Dentro del sistema RUAF se observa que el señor Díaz Córdoba está afiliada al régimen en salud, bajo el sistema contributivo en la modalidad de cotizante, únicamente a partir del año 2022, y no para los días del 07 al 09 de octubre del 2020, por lo cual se infiere que para esta última fecha, el mismo NO contaba con un vínculo laboral vigente.

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

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

*“(...) en cuanto perjuicio, **el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual.** (...) Vale decir que el **lucro cesante ha de ser indemnizado cuando se afina en una situación real, existente al momento del evento dañoso, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente** (...) Por último están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que **conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea, la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables** (...)”²⁴.*
(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

²⁴ Corte Suprema de Justicia. Sentencia Rad. 2000-01141 del 24 de junio de 2008.

Así, resulta evidente que para reconocer la indemnización del lucro cesante es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse y de otro, que sea susceptible de evaluarse concretamente. Sin que ninguna de esas deducciones pueda estar soportada en simples suposiciones o conjeturas, porque de ser así, **se estaría en frente de una utilidad meramente hipotética o eventual**. De manera que el lucro cesante solo reconocerá cuando obren pruebas suficientes que acrediten que efectivamente la víctima dejó de percibir los ingresos o perdió una posibilidad cierta de percibirlos. En reciente pronunciamiento la Corte Suprema de Justicia manifestó literalmente lo siguiente

*“(…) Esta tipología de daño patrimonial corresponde a la ganancia esperada, de la que se ve privada la víctima como consecuencia del hecho dañoso padecido; desde luego, **a condición de que no sea sólo hipotética, sino cierta y determinada o determinable**, y se integra por «todas las ganancias ciertas que han dejado de percibirse o que se recibirían luego, con el mismo fundamento de hecho», según lo explicó esta Corporación en CSJ SC, 28 jun. 2000, rad. 5348, reiterada en CSJ SC16690-2016, 17 nov (...)”*

Por el mismo sendero, en sentencia CSJ SC11575-2015, 31 agosto., la Sala enfatizó que la reparación del lucro cesante

*“(…) **resulta viable en cuanto el expediente registre prueba concluyente y demostrativa de la verdadera entidad y extensión cuantitativa del mismo. En caso contrario, se impone rechazar por principio conclusiones dudosas** o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación*

teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido
(...)²⁵ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este orden de ideas, es claro que en ningún caso procede el reconocimiento solicitado por la parte demandante, toda vez que los supuestos perjuicios en los que se fundamentan las pretensiones de la demanda fueron calculados, estimados o valorados de forma completamente equivocada. De modo que, siguiendo los derroteros jurisprudenciales de la Corte Suprema de Justicia, ante la ausencia de certeza del lucro, es decir, la existencia real, tangible y no meramente hipotética o eventual, es improcedente el reconocimiento de indemnización por esta tipología de perjuicios.

Lo anterior, pues es más que claro que el expediente es totalmente huérfano respecto de acreditar el vínculo laboral del demandante y acreditar el ingreso económico cierto percibido por el mismo, para para los días del 07 al 09 de octubre del 2020, pues al mismo no se adosa siquiera prueba sumaria de la realización de alguna actividad laboral u oficio, que permita siquiera inferir que el señor Díaz Córdoba si realizaba alguna actividad económica, pues cabe destacar que el mismo, únicamente se encuentra registrado en sistema de salud, bajo la modalidad contributivo, como cotizante, solo a partir del año 2022, por lo cual se infiere que para la fecha de los hecho reprochados el demandante NO contaba con ningún tipo de vinculación laboral

Por lo anterior, no es posible conocer de forma certera el tiempo exacto que el demandante tuvo que emplear para su supuesta recuperación. Esto, no con el fin de pretender que al demandante se le reconozca suma alguna de dinero, sino porque para determinar este tipo de perjuicios es obligatorio acompañar una prueba conducente, eficaz y pertinente que permita ilustrar al fallador sobre lo que realmente sucedió. El reconocimiento de este tipo

²⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC4966-2019. Expediente 2011-00298. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

de perjuicios materiales, sea la modalidad que sea, no puede quedar sujeta al arbitrio e interpretación del juez, sino que debe ser reconocida, cuando es procedente, en los casos en que es debidamente probada por el demandante a través de los medios de prueba allegados por este y que sean completamente fidedignos.

En conclusión, no es procedente el reconocimiento del concepto indemnizatorio por lucro cesante, por cuanto que: **(i)** No obra dentro del expediente ningún medio de prueba que permita establecer que el señor Wilmer Días Córdoba, para los días de 07 al 09 de octubre del 2020, contaba con una vinculación laboral, y que ello le generaba un ingreso económico, que con ocasión a los hechos reprochados, se vio afectado y tal vinculación término; y **(ii)** Dentro del sistema RUAF se observa que el señor Díaz Córdoba está afiliada al régimen en salud, bajo el sistema contributivo en la modalidad de cotizante, únicamente a partir del año 2022, y no para los días del 07 al 09 de octubre del 2020, por lo cual se infiere que para esta última fecha, el mismo NO contaba con un vínculo laboral vigente.

Por todo lo expuesto, solicito declarar debidamente probada esta excepción.

CAPÍTULO II

PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR DUMIAN MEDICAL S.A.S.

I. FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente al hecho “1”: Este hecho es parcialmente cierto, pues si bien entre mi procurada y Dumian Medical S.A.S., se concertó contrato de seguro, el cual se materializó a través de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, la cual presentaba una vigencia del 03 de febrero del 2020 hasta el 02 de febrero del 2021, sin embargo resulta importante exponer que dicho contrato de pacto bajo la modalidad CLAIMS MADE, la cual

prevé que para su afectación es necesarios que **(i)** los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo de retroactividad; y **(ii)** que la reclamación se presente en su periodo de vigencia, tal y como a continuación se evidencia:

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

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

Frente al hecho “2”: Es cierto que el contrato de seguro formalizado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 tuvo un periodo de vigencia del 03 de febrero del 2020 hasta el 02 de febrero del 2021, y para el día 07 de octubre del 2020 el mismo se encontraba vigente, sin embargo resulta importante exponer que dicho contrato de pacto bajo la modalidad CLAIMS MADE, la cual prevé que para su afectación es necesarios que **(i)** los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo de retroactividad; y **(ii)** que la reclamación se presente en su periodo de vigencia, tal y como se evidencia del contrato de seguro que se adjunta al presente escrito.

Así las cosas, es importante indicar que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y

Hospitales No. 371603 tuvo un periodo de vigencia comprendido entre el 03/02/2020 hasta el 03/02/2021, empero, como en el presente caso la reclamación al asegurado se materializó mediante la audiencia de conciliación llevada a cabo el día 07 de septiembre del 2021, se concluye sin lugar a dudas que la precitada póliza no ofrece cobertura, pues la reclamación no se presentó en su periodo de vigencia. De allí, que no se pueda predicar cobertura, en tanto que no se cumplen los requisitos de la modalidad sobre la cual fue pactado el contrato de seguro emitido por Liberty Seguros S.A.

Frente al hecho “3”: Es cierto de conformidad con el auto admisorio de la demanda y la reforma a la demanda.

Frente al hecho “4”: Del contrato de seguro suscrito entre Dumian Medical S.A.S. y la compañía aseguradora Chubb Seguros Colombia, se tiene que la póliza No. 49195 estaba vigente para el día 07 de septiembre del 2021.

Frente al hecho “5”: : Es parcialmente cierto, pues si bien el objeto de la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 emitida por Liberty Seguros S.A., es el de cubrir la responsabilidad civil que se genere por algún error u omisión en cabeza del asegurado, pese a ello, no puede dejarse de lado que tal responsabilidad no se encuentra acreditada y, que adicionalmente la precitada póliza no presta cobertura temporal, pues la misma fue convenida bajo la modalidad “CLAIMS MADE” y tal y como se ha expuesto anteriormente, para el caso de marras no se cumplen los presupuestos necesarios para que la misma pueda operar.

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

Frente al hecho “6”: No es cierto que Dumian Medical S.A.S., con base en el contrato de

seguro formalizado en la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, la llamante en garantía tenga derecho al cubrimiento de los amparos contratados, pues resulta útil y necesarios reiterar que dicho contrato de pacto bajo la modalidad CLAIMS MADE, la cual prevé que para su afectación es necesarios que **(i)** los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo de retroactividad; y **(ii)** que la reclamación se presente en su periodo de vigencia, tal y como se evidencia del contrato de seguro que se adjunta al presente escrito.

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

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Frente a la pretensión “primera”: Sin perjuicio de que el llamamiento en garantía ya fue admitido, ME OPONGO a la prosperidad de la presente pretensión, comoquiera que el contrato de seguro No. 371603 emitido por Liberty Seguros S.A., NO presta cobertura a los hechos objeto del presente litigio, resaltando que dicho contrato de pacto bajo la modalidad CLAIMS MADE, la cual prevé que para su afectación es necesarios que **(i)** los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo de retroactividad; y **(ii)** que la reclamación se presente en su periodo de vigencia, tal y como se evidencia del contrato

de seguro que se adjunta al presente escrito, empero, como en el presente caso la reclamación al asegurado se materializó mediante la audiencia de conciliación llevada a cabo el día 07 de septiembre del 2021, esto es fuera de la vigencia del contrato de seguro, la cual era del 03/02/2020 hasta el 03/02/2021, se concluye sin lugar a dudas que la precitada póliza no ofrece cobertura, pues la reclamación no se presentó en su periodo de vigencia. De allí, que no se pueda predicar cobertura, en tanto que no se cumplen los requisitos de la modalidad sobre la cual fue pactado el contrato de seguro emitido por Liberty Seguros S.A., y la presente pretensión debe ser despachada de manera desfavorable.

Frente a la pretensión “segunda”: Ni la acepto ni la objeto pues esta pretensión no se dirige en contra de mi representada sino en contra de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

III. EXCEPCIONES DE MERITO FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO

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

Se propone la presente excepción de fondo, debido a que la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603, emitida por la compañía Liberty Seguros S.A., NO OFRECE COBERTURA TEMPORAL frente a los hechos objeto del litigio. Lo anterior, toda vez que no se cumplen simultáneamente los presupuestos modalidad de cobertura CLAIMS MADE bajo la cual fue pactado contrato de seguro antes mencionado, pues para ello era necesario que **(i)** los hechos reclamados ocurran en el periodo de vigencia o en su periodo

de retroactividad y (ii) que la reclamación se presente en su periodo de vigencia.

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

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

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

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

Reforzando lo dicho, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido la modalidad CLAIMS MADE y su posibilidad de coexistir con las demás disposiciones que se

encuentran en el Código de Comercio:

*“Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 ejusdem es suficiente para la configuración del siniestro, empero, **si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (claims made), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido**, hecho por la víctima al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual”²⁶ (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Así las cosas, y con base la providencia antes cita, es importante indicar que, si el contrato de seguros se ha pactado bajo la modalidad CLAIMS MADE, se exige que el reclamo judicial o extrajudicial se efectuó en el término de vigencia del contrato de segur. En orden de ideas, en el caso particular, la Póliza de Responsabilidad Civil Clínicas y Hospitales No. 371603 tuvo un periodo de vigencia comprendido entre las 00:00 horas del 03 de febrero del 2020 hasta las 00:00 horas del 03 de febrero del 2021, empero, como en el presente caso la reclamación extrajudicial efectuada por la activa al asegurado se materializó mediante la audiencia de conciliación llevada a cabo el día 07 septiembre del 2021, se concluye sin lugar a dudas que la precitada póliza no ofrece cobertura, pues la reclamación no se presentó en su periodo de vigencia, como lo establece tanto la normatividad del caso y la jurisprudencia.

²⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 18 de julio de 2017, MP. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado 76001-31-03-001-2001-00192-01

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

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

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

Es necesario señalar que la Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito sine qua non la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio.

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

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

A. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

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

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

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

Del apartado anterior se tiene que el a través del amparo de responsabilidad civil profesional médico, se cubren los perjuicios que por errores u omisiones involuntario haya causado el asegurado. Al respecto de lo anterior, es importante resaltar que la Corte Suprema de Justicia ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito sine qua non la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño o sin detrimento patrimonial no puede operar el contrato.

“(…) Una de las características de este tipo de seguro es “la materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa (...)”²⁷

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

Ahora, lo antes mencionado debe analizarse de cara a la disposición contemplada en el artículo 1072 del C.Co. que indica **“DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.”** (Subrayado fuera del texto original) es decir primero debe existir el riesgo asegurado por parte de la compañía que se ajuste a los supuestos de la demanda inicial. En otras palabras, para hablar de siniestro en el caso concreto y que torne procedente la obligación indemnizatoria, primero se requería que la responsabilidad por actividad profesional se haya asegurado y segundo que se pruebe la responsabilidad del asegurado. Pero lo cierto es que la póliza únicamente contempla el amparo de predios

²⁷ Corte Suprema de Justicia SC026-1999, 22 Julio de 1999, Rad. 5065; y, Corte Suprema de Justicia SalaCivil, 24 mayo de 2000, Rad. 5439

labores y operaciones que no se acompasa a los hechos objeto de litigio, por ende, el riesgo que estrictamente se amparó no se ha realizado y ello impide el surgimiento de obligación indemnizatoria.

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

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

*Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que **es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo.** Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la*

que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...) ²⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

De conformidad con la facultad otorgada por el Art. 1056 del C.Co., y en línea con la sentencia antes expuesta se extrae que es la póliza la que refiere el alcance de los riesgos cubiertos, y así mismo de conformidad con las estipulaciones particulares del contrato de seguro, se expone al alcance y funcionamiento del mismo, resaltando que para la póliza sea afectada en primera medida se debe probar ciertamente la ocurrencia del hecho amparado a través del contrato de seguro. Así las cosas, y bajo el caso particular resulta evidente que al no existir medios probatorios que demuestren la responsabilidad atribuible a Dumian Medical S.A.S., misma suerte corre mi representada, pues no hay lugar a afectar el contrato de seguro No. 371603, como quiera que la entidad medica obró conforme a la *lex artis* y no tuvo intervención y/o injerencia alguna en los supuestos perjuicios reclamados por el señor Wilmer Jair Díaz Córdoba y, consecuentemente, es diáfano como no obra razón alguna para que se afecte el contrato de seguro suscrito entre dicha entidad y mi prohijada, pues al no presentarse la realización del riesgo asegurado, no da lugar si quiera a establecer si asiste o no obligación indemnizatoria a cargo de Liberty Seguros S.A.

Solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

3. CARÁCTER MERAMENTE INDEMNIZATORIO DEL CONTRATO DE SEGURO

²⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

Es un principio que rige el contrato de seguro de daños, el carácter indemnizatorio del mismo, esto es, que el contrato de seguro tiene como interés asegurable la protección de los bienes o el patrimonio de una persona que pueda afectarse directa o indirectamente por la realización del riesgo. De modo que la indemnización que por la ocurrencia de dicho siniestro corresponda, nunca podrá ser superior al valor asegurado. Así las cosas, pese a que ya se ha dejado claro que la póliza de seguro por la que se vincula a mi mandante no puede afectarse, de todas maneras en un hipotético e improbable evento el despacho no puede pasar por alto el carácter meramente indemnizatorio de los seguros, esto es, que no se puede obtener ganancia alguna con el pago de la indemnización. Es decir, no puede nunca pensarse el contrato de seguro como fuente de enriquecimiento, por lo que solicito respetuosamente al Despacho tenga en consideración ese principio cardinal que rige el aseguramiento, para efectos de no imponer a mi mandante obligaciones indemnizatorias que no están probatoriamente justificadas tales como el daño emergente cuya prueba brilla por su ausencia y la desmedida solicitud de perjuicios inmateriales. De tal suerte que si se ordenará por parte del despacho algún tipo de pago el mismo constituiría un enriquecimiento sin causa en desmedro del principio meramente indemnizatorio.

Al respecto, la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, respecto al carácter indemnizatorio del Contrato de Seguro, en sentencia del 22 de julio de 1999, expediente 5065, dispuso lo siguiente:

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

situación de solución o pago inmediato (...)"

En tal sentido, el Art. 1088 del C. Co., estableció lo siguiente: **"Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso (...)"** (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Así las cosas, no debe perderse de vista que las solicitudes deprecadas en el escrito de demanda por conceptos de: lucro cesante, perjuicios morales, pérdida a la oportunidad, y daño a la vida en relación no son de recibo por cuanto su reconocimiento por parte de la pasiva, implicaría correlativamente una transgresión del principio indemnizatorio esencial del contrato de seguro dado que: (i) No procede el reconocimiento por lucro cesante, puesto que no se acreditó si efectivamente existía un vínculo laboral para los días 07, 08 y 09 de octubre del 2020 y que dicha laboral le generaba aun ingreso económico, que con ocasión a los hechos reprochados se vio afectado, vulnerado y dejó de existir, generando así un detrimento patrimonial, circunstancia que no fue probada; y (ii) No es procedente el reconocimiento de perjuicios morales, daño a la vida en relación, y pérdida de oportunidad, por cuanto es claro que no hay responsabilidad alguna de ninguno de los sujetos que compone la parte pasiva dentro del presente proceso y además lo solicitado sobrepasa los topes indemnizatorios establecidos en la jurisprudencia de la H. Corte Suprema de Justicia

En vista de lo anterior, para el caso concreto, como se expuso en las excepciones de fondo planteadas frente a la demanda, las pretensiones que pretende sean reconocidas por el actor del presente pleito están indebidamente cuantificadas, no sólo por la orfandad probatoria con la que se pretenden demostrar, sino porque supera totalmente los baremos jurisprudenciales reiterados en muchas oportunidades por la H. Corte Suprema de Justicia, Sala de casación Civil. Esto supone a todas luces un enriquecimiento injustificado de los

demandantes. En consecuencia, al encontrarse una indebida pretensión de enriquecimiento con base en un contrato de seguro, se vulnera la disposición que establece el carácter meramente indemnizatorio del mismo.

En conclusión, de acuerdo con las voces de los artículos 1088 y 1127 del C. Co., sobre el carácter indemnizatorio del seguro y teniendo en cuenta que la parte demandante no acreditó, a través de elementos probatorios útiles, necesarios y pertinentes la existencia de los perjuicios extrapatrimoniales pretendidos, y mucho menos del perjuicio patrimonial deprecado, solicito al Honorable Despacho no reconocer su pago, toda vez que se vulneraría el carácter indemnizatorio del contrato de seguro, al generar un indebido enriquecimiento con base en el contrato de seguro.

En tal medida, solicito respetuosamente que se declare probada la presente excepción

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

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

Ahora bien, tal como lo señala el Artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador

puede, a su arbitrio, delimitar los riesgos que asume:

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

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

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

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

5. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA PODRA EXCEDERSE EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRATUAL No 371603.

Se plantea esta excepción con el fin de demostrar en el presente proceso que, dentro de las condiciones generales del contrato de seguro No. 371603, por medio del cual se vincula

a mi representada al presente proceso, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, cabe mencionar que, en el remoto evento y muy improbable escenario de que a mi procurada se le hiciera exigible la afectación del negocio contractual expedido por ella, mediante la cual se aseguró la responsabilidad civil profesional médica del asegurado, se estipularon las condiciones, los límites, los amparos otorgados, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, etc. De manera que exclusivamente son estos los parámetros que determinarían en un momento dado la posible responsabilidad que podría atribuirse a mi poderdante, en cuanto enmarcan la obligación condicional que contrajo y las diversas cláusulas del aseguramiento, incluso y sin perjuicio de las estipulaciones que la exoneran de responsabilidad, que pido declarar en el fallo.

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 (...)²⁹.

Téngase en cuenta que expresamente en el certificado de la póliza No. 371603, se estipuló el límite de la cobertura para los eventos asegurables y amparados por el contrato, y en este punto impera el precepto del artículo 1079 del Código de Comercio, conforme al cual el asegurador estará obligado a responder únicamente hasta la concurrencia de la suma asegurada, sin excepción y sin perjuicio del carácter meramente indemnizatorio de esta clase de pólizas, consagrado en el artículo 1088 ibídem, que establece que los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituirse en fuente de enriquecimiento.

Ahora bien, exclusivamente en gracia de discusión, sin ánimo de que implique el reconocimiento de responsabilidad en contra de mi representada, se debe manifestar que, en la póliza No. 371603 se indicaron los límites para los diversos amparos pactados, de la siguiente manera:

²⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

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

Sin embargo, el anterior es el límite máximo asegurado por la vigencia de la póliza, es decir, es el valor máximo por el que estaría llamada a responder mi representada en la totalidad de siniestros o pagos que se deban hacer con ocasión a la vigencia comprendida entre el 03 de febrero del 2020 hasta el 03 de febrero del 2021.

En la causa que nos asiste, de acuerdo con los límites máximos establecidos en el contrato aseguratorio, el monto máximo que hipotéticamente correspondería a mi procurada indemnizar, por los reprochados en el libelo genitor, es de \$500.000.000 para el amparo dentro de la cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica. De manera que ruego a su señoría proceder de conformidad en el momento en el que decida de fondo lo relativo a la relación sustancial que vincula a mi prohiada en esta causa.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

6. EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZAS No. 371603 EMITIDO POR LIBERTY SEGUROS S.A. SE PACTÓ UN DEDUCIBLE A CARGO DEL ASEGURADO

En la póliza en estudio, se estipuló adicionalmente la existencia de un deducible, el cual legalmente está permitido, y que deberá tenerse en cuenta por el Juzgador a la hora de emitir una eventual condena, por cuanto que las sumas que se encuentran limitadas bajo

deducible indelegablemente deben ser asumidas por el asegurado sin que a mi prohijada le asista ninguna obligación resarcitoria respecto de las mismas.

En primer lugar, debe recordarse que la estipulación del deducible en los contratos de seguro, se encuentra consagrada en el Art. 1103 del C. Co.; que reza lo siguiente:

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

En síntesis, el deducible comporta la participación que asume el asegurado cuando se presenta el siniestro, el cual se manifiesta en un valor o porcentaje pactado en la póliza de seguro; así entonces, de acuerdo con el contenido de la Póliza de seguro No. 371603 vigente entre el 03 de febrero del 2020 al 03 d febrero del 2021, con base en la cual se formularon las pretensiones, tomada por la Dumian Medical S.A.S., el deducible se determinó de la siguiente manera:

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

Por consiguiente, debe tenerse presente que, en el remoto evento de encontrarse fehacientemente probado el evento asegurado, el Juez deberá, al momento de atribuir responsabilidades sobre la indemnización del presunto daño antijurídico causado, aplicar el monto que al asegurado le correspondería cubrir en virtud del deducible pactado;

advirtiéndolo claro que, en ese remoto y eventual escenario, a la aseguradora le concerniría, el saldo sobrante.

Empero, tampoco puede olvidarse que esto es sólo posible en el remoto evento de que Dumian Medical S.A.S., sea hallada civilmente responsable de conformidad con las pruebas allegadas al proceso; lo cual, analizado el expediente, es altamente improbable. Por lo expuesto, solicito respetuosamente al Juez declarar probada esta excepción.

7. 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.

Solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

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

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

La H. Corte Suprema de Justicia³⁰ ha señalado que la solidaridad es una imposición para los agentes a quienes se les atribuye la autoría de un daño, sin embargo, mi representada no era la propietaria del automotor ni sus dependientes lo manejaban. Recuérdese que la fuente de la solidaridad es la Ley, el testamento o el contrato y, en el caso que nos ocupa, no existe norma o pacto que establezca que mi representada deba ser condenada de forma solidaria.

Ahora bien, en lo concerniente a la solidaridad convenida entre las partes la Corte³¹ igualmente se ha ocupado de ella al señalar lo siguiente:

*“(…) **La solidaridad contractual civil debe ser declarada expresamente cuando la ley no la establece, por ello jamás se presume.** De ahí que es un mandato de carácter sustancial, ya que impone una obligación material al responsable solidario frente a los sujetos activos de la relación jurídica.*

*Ni la prescripción ni la solidaridad son, por lo tanto, elementos “accesorios” de la relación jurídico-sustancial o derecho material. Si la acción sustancial está prescrita el demandante no tiene ningún derecho y el demandado no es civilmente responsable; y **si el deudor contractual no es responsable in solidum, entonces no está obligado a pagar el total de la indemnización.** Desde luego que se trata de una cuestión fundamental y no de un tema secundario. (…)”* (Negrilla y sublínea fuera de texto).

En atención a ello, reitero, no existen elementos fácticos ni jurídicos que permitan determinar que mi procurada sea civil y solidariamente responsable de los perjuicios patrimoniales presuntamente sufridos por los demandantes.

³⁰ Sentencia SC780-2020. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

³¹ Ibídem.

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

Solicito señor juez declare probada la presente excepción.

9. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES

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

La obligación indemnizatoria a cargo de LIBERTY SEGUROS S.A. depende del contenido de la póliza suscrita y aceptada por las partes contratantes, por lo cual, se hace necesario destacar que la obligación de ésta no nace sino hasta cuando se realiza o se materializa el

riesgo asegurado, pues es allí cuando surge el deber indemnizatorio de la compañía, bajo el entendido de que no se haya configurado una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad.

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

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende estrictamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo.

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

10. ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA

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

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

11. GENÉRICA, INNOMINADA Y OTRAS

Conforme a lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso³², 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 mediante acción directa.

Solicito declarar probada esta excepción.

V. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR LIBERTY SEGUROS S.A.

Solicito a este honorable despacho se sirva decretar y tener como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES.

1. Copia íntegra de la Póliza No. 371603, esto es, condiciones particulares y generales

³² 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.

de la misma.

2. INTERROGATORIO DE PARTE.

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la demandante siendo los señores LUCERO ADRIANA CÓRDOBA, FRANKY DÍAZ PERAFAN, MÓNICA ALEXANDRA CANO, JUAN DIEGO CANO, DYLAN SNEIDER DIAZ, BLANCA LIDIA PERAFAN, AURA ELCIRA GÓMEZ PLUTARCO ANTONIO CÓRDOBA, y BENJAMIN DIOMEDES CÓRDOBA a fin de que contesten el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y, en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda.
- b. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora CAROLINA ANDRADE GÓNZALE, o quien haga sus veces de representante legal de Dumian Medical S.A.S., a fin de que absuelva el cuestionario verbal o escrito, que se presentará en audiencia que para tal fin señale el despacho, a fin de que declare sobre las circunstancias en que ocurrió el hecho que da origen a la demanda, las reclamaciones recibidas por la institución médica con motivo del hecho que nos ocupa y en general para que deponga sobre todos los hechos objeto de litigio.

3. DECLARACIÓN DE PARTE.

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **LIBERTY SEGUROS S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la

contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, ausencias de cobertura, exclusiones, términos y condiciones de los contratos de seguro No. 371603

4. TESTIMONIALES.

Siguiendo lo preceptuado por los artículos 208 y siguientes del Código General del Proceso, solicito al señor Juez se sirva decretar la práctica del testimonio de la Dra. **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, quien tiene domicilio en la ciudad de Bogotá y puede ser citada en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y correo electrónico camilaortiz27@gmail.com, para que declare sobre las condiciones generales y particulares de la Póliza De Seguro No. 371603, los límites pactados, los deducibles concertados, las exclusiones, los amparos concertados, las garantías, la disponibilidad de las sumas aseguradas, las solicitudes presentadas ante la compañía, sus respuestas y sobre los demás aspectos que resulten relevantes al presente proceso judicial.

5. CONTRADICCIÓN DEL DICTAMEN PERICIAL

En los términos de los artículos 228 del Código General del Proceso el dictamen pericial puede ser controvertido, solicitado la comparecencia del perito profesional que elaboró tal dictamen, o aportado otro o realizando las dos actuaciones.

En el caso que nos ocupa, encontramos necesario solicitar la presencia del profesional Francisco Javier Apraez Ippolito, perito médico especialista en ortopedia y traumatología, y profesional que elaboró el dictamen pericial aportado con la reforma de la demanda, a fin de que dentro de la audiencia del art. 373 del C.G.P., absuelva el interrogante que se le formule, en torno a los que sepa y le conste de los hechos ocurridos del 07 al 09 de octubre

del 2020 y así mismo sobre el contenido del dictamen pericial.

El señor Francisco Javier Apraez Ippolito, puede ser notificado en la Carrera 10 número 17N-48 de la Ciudad de Popayán o al correo electrónico fcoapraez@gmail.com o al teléfono celular 3136513717. La información aquí suministrada fue extraída directamente del informe pericial aportado con la reforma de la demanda.

6. INTERVENCIÓN EN DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS.

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, 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 del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

VI. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder especial otorgado al suscrito el cual ya obra en el expediente.
- Certificado de existencia y representación legal de la Compañía Liberty Seguros S.A., expedido por la Cámara de Comercio, la cual ya obra en el plenario.

VII. NOTIFICACIONES

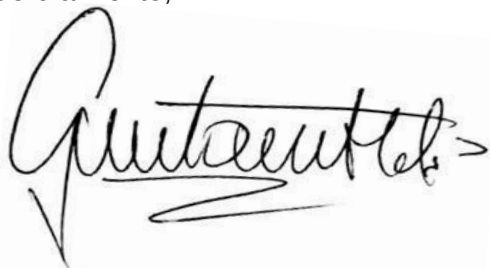
Por la parte actora serán recibidas en el lugar indicado en su escrito de demanda. Por los demás demandados y el llamante en garantía donde indiquen en sus respectivas contestaciones.

Por mi representada LIBERTY SEGUROS S.A., se recibirán notificaciones en la Carrera 72 No. 10 - 07 de la ciudad de Bogotá D.C. Dirección electrónica:

co-notificacionesjudiciales@libertycolombia.com

Por parte del suscrito se recibirán notificaciones en la Secretaría de su despacho o en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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